سلسلة علم النفس (١٢)

الأمراض السيكوسوماتية

(المجلد الثاني)

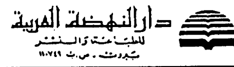
دراسات وبحوث عربية وعالمية

إعداد
الدكتور محمود السيد أبو النيل
أستاذ علم النفس
كلية الآداب - جامعة عين شمس


دار النهضة العربية
للطباعة والنشر
بيروت . ص.ب ١١-٧٤٩

الطبعة الثانية
مزيدة ومنقحة

١٩٩٤



* الإدارة: بيروت، شارع مدحت باشا، بناية كريدية، تلفون: 866271
818705 / 818704
برقياً: دانهضة، ص. ب 749-11
تلفاكس 232-4781-212-001

* المكتبة: شارع البستاني، بناية اسكندراني رقم ٣، غربي الجامعة العربية، تلفون: 818703/316202

* المستودع: بئر حسن، تلفون: 833180

الأمراض السيكوسوماتية

(المجلد الثاني)

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الطبعة الثانية

كان عنوان الطبعة الأولى لهذا الكتاب والذي نشر عام ١٩٨٤ هو «الأمراض السيكوسوماتية: الأمراض الجسمية النفيسة المنشأ» أي الأمراض النفسجسمية والذي ما زال حتى الآن وفي حدود علمنا أول كتاب بالعربية عن موضوع الأمراض السيكوسوماتية.

وقد وجدت في الطبعة الحالية أنه نظراً لكثرة البحوث التي قمت بإجرائها وغيري من السيكلوجيين، ونظراً لمتطلبات موضوعية تختص بالتقديم للأمراض السيكوسوماتية بمدخل عن الصحة النفسية حيث تعتبر هذه الأمراض صورة من صور الانحراف عن الصحة النفسية، وجدت أنه نظراً لما سبق أن تخرج الطبعة الحالية مكونة من مجلدين مستقلين.

(١) **المجلد الأول**: عنوانه «الأمراض السيكوسوماتية: في الصحة النفسية».

(٢) **المجلد الثاني**: عنوانه «الأمراض السيكوسوماتية: الدراسات والبحوث».

ويتضمن المجلد الأول ثمانية عشر فصلاً تتوزع على ستة أبواب. وتعتبر الفصول الخمسة الأولى التي يتضمنها الباب الأول إضافة من الطبعة الحالية للمجلد الأول وتختص بتاريخ الصحة النفسية وتعريفها، والسواء واللاسواء، والصحة النفسية والنمو النفسي، وصور الانحراف عن الصحة النفسية كالذهان والعصاب والادمان، والسلوك السيكوباتي، ثم موضوع

الأمراض السيكوسوماتية (والذي هو نفس أطروحة دكتوراه المؤلف ١٩٧٢) والذي يتم تناوله ابتداء من الفصل السادس حتى الثامن عشر.

ويتضمن المجلد الثاني ثلاثة وعشرون فصلاً تتوزع على إحدى عشر باباً تختص بالبحوث التي أجراها المؤلف بعد الدكتوراه وهي من الفصل التاسع عشر حتى الفصل الحادي والأربعين(*). وتعتبر الفصول الستة الأخيرة أي من السادس والثلاثين إلى الحادي والأربعين إضافة في الطبعة الحالية، وتتناول تلك الفصول العوامل النفسية في مرض السكري، وفي مرض الجهاز البولي والتناسلي وعلاقتهما بالكفاية الإنتاجية، كما تتناول علاقة التحديث بالاضطرابات السيكوسوماتية، وأخيراً الإسهامات المصرية في دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية منذ بحوث العالم الكبير مصطفى زيور في الأربعينات من وجهة نظر التحليل النفسي حتى البحوث السيكومترية التي بدأت في مصر بأطروحة دكتوراه المؤلف ١٩٧٢ تحت إشراف العالم الكبير المرحوم السيد محمد خيري وما تلاها بعد ذلك من بحوث وأطروحات للماجستير والدكتوراه سواء تلك التي أشرف عليها أو قام بها المؤلف أو تلك التي أشرف عليها أو قام بها سيكلوجيون آخرون.

والله الموفق

المعادي القاهرة

المؤلف

١٩٩٤

(*) يتناول الفصل الحادي والأربعين عرضاً لإسهامات السيكلوجيين المصريين من دراسة الأمراض اليكوسوماتية خلال نصف قرن تقريباً من الأربعينات حتى ١٩٩٢ وهي تعتبر قليلة العدد جداً.

تصدير الطبعة الأولى

للدكتور مصطفى زيور

يسعدني أن أقدم للقارىء العربي وخاصة المهتمين بالبحوث النفسية كتاب زميلي الأستاذ الدكتور محمود السيد أبو النيل في «الأمراض السيكوسوماتية» وهو عن علاقة الأمراض السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة، ذلك أن هذا الكتاب يعالج مشكلة لم يتصد لها - فيما أعلم - أي مؤلف عربي من قبل. ثم إن هذا الكتاب يقتضي معرفة عميقة بطبيعة ميداني علم النفس أعني ميدان علم نفس الأعماق أي التحليل النفسي، وميدان علم النفس التجريبي الذي يشمل القياس النفسي والتجريبي. وبطبيعة الحال يقتضي الانشغال بمثل هذا المبحث الذي تصدى له الأستاذ الدكتور محمود السيد أبو النيل معرفة بأسلوبي البحث في كلا الميدانين، وهذا هو ما يميز مدرسة علم النفس بجامعة عين شمس. وينفرد هذا الكتاب ببحث علاقة قضية خاصة من قضايا علم نفس الأعماق أعني مشكلة الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بالتوافق المهني في الصناعة وهو موضوع ينبثق من الميدانين معاً.

وهكذا يتبين صدق فلسفة مدرسة علم النفس بجامعة عين شمس من حيث العلاقة الحميمة بين أسلوبي البحث السابق ذكرهما، ولست أعرف كيف كان يستطيع مؤلف هذا الكتاب أن يبحث موضوع كتابه إذا كان عاطلاً عن معرفة عميقة بأحد ميداني علم النفس. فالعلاقة بين هذين الميدانين لا تقوم على التعسف أو التلفيق، بل أن المجهلة في أحدهما يضيق منها أفق العلم بالنفس فتنقلب الحقيقة وهماً.

وسبق لأساتذة مدرسة عين شمس في علم النفس أن نشروا بحوثاً نموذجية في تعانق الأسلوبين وأخص بالذكر الأساتذة د. فرج أحمد، ود. فرج طه.

ومن المسائل الهامة في فلسفة مدرسة علم النفس بجامعة عين شمس أن الأخصائيين النفسيين من خريجي هذه المدرسة بوسعهم أن يتناولوا مشاكل تعتبر في نهاية الأمر من اختصاص الطبيب، فقرحة المعدة مثلاً: (وهي مما يدخل الآن في نطاق الأمراض السيكوسوماتية) وهي إصابة في عضو المعدة يقوم الطبيب بتشخيصها وهو الذي يعرف بالإضافة إلى ذلك باثولوجيتها، ورغمها فإن البحث المنشور في هذا الكتاب يقوم دليلاً على أن صاحبه وهو أستاذ في مدرسة علم النفس سابقة الذكر استطاع كنتيجة لسالف إعداده العلمي المنبثق من فلسفة بعينها أن يدرس العلاقة بين الأمراض السيكوسوماتية وبين التوافق المهني في الصناعة كما سيجيء تفصيل ذلك كله في هذا الكتاب.

ولكي يدرك القارىء أهمية هذا البحث تنبغي الإشارة إلى أن الأمراض السيكوسوماتية لا تدرس بوصفها كذلك في مقررات كليات الطب في مصر، وبالتالي فإن الهيئات الطبية المصرية بالمؤسسات على سبيل المثال بوسعها أن تشخص أمراض ارتفاع ضغط الدم الجوهري، وقرحات المعدة والاثني عشر بوصفها أمراضاً بدنية على حين أن التقدم الطبي في الولايات المتحدة ومعظم بلاد أوروبا الغربية يعتبرها أمراضاً سيكوسوماتية في الوقت الذي يقف منها جمهرة من أطبائنا موقفاً مختلفاًمن حيث علم السببية Etiology ومن حيث العلاج، ولا يخفى على القارىء فداحة الخسائر المادية والمعنوية الناجمة من جراء هذا الموقف في مصر.

وقد فطن الأستاذ الدكتور محمود السيد أبو النيل عندما كان يعمل مستشاراً نفسياً ببعض المؤسسات الصناعية إلى جسامة هذه الخسائر فقام ببحثه الدقيق المنشور في هذا الكتاب مستنداً كما سبق القول إلى علم نفس

الأعماق من ناحية وعلم النفس التجريبي (القياس النفسي) من ناحية أخرى.

ولكي يتضح للقارىء الأهمية القصوى لهذا البحث الرائد، لا بد لي أن أوضح باختصار طبيعة الأمراض السيكوسوماتية.

يشير مصطلح سيكوسوماتي إلى وجود سببية سيكلوجية وراء أعراض بدنية على أن هذه السببية التي نبهنا إليها كانون Cannon في كتابيه الشهيرين[1] «التغيرات الجسمية في الألم، الجوع، الخوف، الغضب» و «حكمة الجسم» يختلف مسار نتائج الافعالات فيها عن مصيرها فيما يطلق عليه في الطب النفسي هيستيريا التحول Conversion إذ ينشأ التحول في الهيستريا عن صراع انفعالي يقع قطباه تحت وطأة الكبت، وبناء على طواعية جسمية يتحول الصراع النفسي فيها إلى عرض بدني هو في صميمه تعبير رمزي للتسوية بين الرغبة والدفاع، على حين أننا نجد الأمر في الأعراض السيكوسوماتية جد مختلف فارتفاع ضغط الدم الجوهري على سبيل المثال في حالة الغضب الشديد ليس تعبيراً رمزياً للغضب وإنما هو كما وضح من تجارب كانون، جزء لا يتجزأ من حال انفعال الغضب نفسه وذلك من جراء ميكانيزمات جسمية تتم في الجهاز العصبي اللاإرادي Autonomic Nervous System وقد لخص كيف Kempf[2] الأمر عندما رأى أن أي إثارة خطيرة من الخارج أو من الداخل تؤدي إلى انفعال شديد تتبعه استجابات تعويضية لمواجهة الإثارة الخطيرة. وتتلخص هذه الاستجابات التعويضية في أن الجهاز العصبي اللا إرادي يستنفر الأعضاء الحشوية لاتخاذ ما ينبغي لمواجهة الموقف الخطير، كأن يستنفر زيادة مقدار الجليكوجين والأدرنين في الدم وبزيادة نسبة تخثر الدم وارتفاع ضغط وغير ذلك من

---

(١) Cannon, W,B.; Bodily Changes in pain, hungr, Fear and rage, Appleton, 1929.
The Wisdom of the Body, Norton, 1933.

(٢) Kempf, E,G.; She autonomic Functions and the Personality, N.Y.

الاستجابات الحشوية Vegetative بحيث يصبح الكائن الحيوي مهيأ لمواجهة الموقف بالنضال أو الهرب. فإذا كان الفرد واقعاً تحت حالة عصابية من الغضب المكتوم فإننا نتوقع آنذاك أن تزداد هذه الاستجابات الحشوية ومن بينها ارتفاع ضغط الدم الجوهري.

ومن الواضح أن الأمر في هذه الحالة لا يمكن شفاؤه شفاءً حاسماً بتعاطي مهبطات ضغط الدم إذا كانت الحالة العصابية المثيرة لانفعال الغضب أمراً مزمناً لا بد أن ينتهي إلى فساد في خلايا بعض الأعضاء الحشوية كالقلب والكلى وغيرهما فضلاً عن إهدار الطاقة الحيوية.

فإذا انتقلنا لقطاع معين من الأفراد مثل عمال المصانع وقائدي المركبات ممن يعانون من هذه الاضطرابات السيكوسوماتية لتبينت لنا فداحة الخسائر في المال والعائد الاقتصادي فضلاً عن السلامة البدنية للعمال أنفسهم.

إن هذا الكتاب الذي يفصل فيه الأستاذ الدكتور محمود السيد أبو النيل القول عن بحثه في موضوع علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة يعتبر فيما أرى كسباً عظيماً في ميدان التنمية في مجتمعنا وهو شغلنا الشاغل في الحقبة التي نمر بها.

دكتور مصطفى زيور

دكتور في الطب ورئيس العيادة النفسية
والسيكوسوماتية بكلية الطب بباريس سابقاً
أستاذ علم النفس بكلية الآداب
جامعة عين شمس

مقدمة الطبعة الأولى (*)

هذا هو أول كتاب يظهر بالعربية عن الأمراض السيكوسوماتية، وبظهوره يكون قد أعيد للعلماء العرب كالرازي وابن سينا مكانتهم البارزة في وضع اللبنات الأولى للنظرية السيكوسوماتية، والذي اعترف بإسهاماتهم فيها علماء الغرب من أمثال ستافورد كلارك والذي ذكر في كتابه «الطب العقلي اليوم» Psychiatry-to day الكثير من حالات الأمراض القلبية وغيرها والتي عالجها ابن سينا علاجاً نفسياً. ونشير منذ البداية أن الرأي في هذا الكتاب هو لعلم النفس ونعني بذلك استخدام الأساليب السيكومترية للكشف عن العوامل النفسية في تلك الأمراض والتي شخصت من قبل المتخصصين من الأطباء ويحضرني في هذا المقام فضل أستاذي الدكتور لويس كامل في تعليمي القياس النفسي.

ويمثل هذاالكتاب عدداً من الأبحاث التي قام بها المؤلف وعلى رأسها الرسالة التي نال بها درجة الدكتوراه عام ١٩٧٢ تحت إشراف الأستاذ الدكتور السيد محمد خيري أستاذ علم النفس وعميد كلية الآداب جامعة عين شمس حينئذ ثم واصل المؤلف بعد ذلك إجراء المزيد من الدراسات التي تدور حول نفس موضوع الأمراض السيكوسوماتية، والدراسات التي يشملها الكتاب هي:

(*) مكتبة الخانجي بالقاهرة ص.ب ١٣٧٥ (١٤٠٥ هـ = ١٩٨٤ م) رقم الإيداع ٩٩.٧/ ٨٤.

(١) علاقة الاضطرابات السيكوماتية بالتوافق المهني في الصناعة، وهذه الدراسة هي نفسها موضوع رسالة الدكتوراه؛ (٢) العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية في الصناعة، والصفحة النفسية للذكاء؛ (٣) العوامل النفسية في أمراض الجهاز التنفسي، دراسة عن العلاقة بين الربو الشعبي والتوافق في العمل لدى جماعة صغيرة من العمال الصناعيين؛ (٤) العوامل النفسية المرتبطة بالأمراض الجلدية وجوانبها الإرشادية والتربوية؛ (٥) علاقة ظروف العمل بالاضطرابات السيكوسوماتية في ضوء الاستجابة على اختبار كورنل؛ (٦) العوامل الانفعالية والسيكوسوماتية المتعلقة بالتوافق المهني للعمال غير المنتجين في الصناعة؛ (٧) العلاقة بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي للطالب الجامعي والنواحي الانفعالية والسيكوسوماتية؛ (٨) العوامل النفسية في أمراض الصداع النصفي. وهذه الدراسات ابتداء من الثانية حتى الدراسة الثامنة منشورة في حوليات كلية الآداب جامعة عين شمس، والمجلة الاجتماعية القومية، ومجلة التربية في قطر، ومجلة جامعة الإمارات العربية المتحدة. ولقد تم إعادة كتابة هذه الدراسات وصياغتها مرة أخرى. ولقد كان الطابع العام للعوامل النفسية الذي استهدف في هذه الأمراض يعتمد على استخدام الأساليب السيكلوجية المباشرة كاختبارات الذكاء والقدرات العقلية الخاصة، والاستبيانات التي تقيس الشخصية والروح المعنوية، وكذلك الأساليب السوسيومترية التي تهتم بالكشف عن مكانة الأفراد، وذلك لندرة استخدام مثل هذه الأساليب المباشرة في الدراسات والبحوث السابقة من جهة، ولموضوعيتها من جهة أخرى.

ونظراً لأهمية العمليات النفسية اللاشعورية فإننا نأمل أن نقدم للقارىء العربي فيما بعد بحوثاً استخدمت فيها الأساليب الإسقاطية كاختبار تفهم الموضوع وبقع الحبر لرشاخ والمقابلة للكشف عن علاقة الجوانب المسقطة في الشخصية بهذه الأمراض في بيئات عربية.

وأخيراً نقدم هذا الكتاب للباحث والمعالج والطالب في مجال علم النفس والطب، وفي مجال علم الاجتماع والتربية، وللقارىء العادي أيضاً إيماناً منا بالقول المأثور «في المعرفة الشفاء» راجين أن نكون بهذا العمل المتواضع قد أسهمنا من قريب أو بعيد به في سد فراغ قد يكون بالمكتبة العربية والله ولي التوفيق.

المؤلف

الباب السابع

الدراسة الأولى

العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية في الصناعة والصفحة النفسية للذكاء (*)

(*) هذا البحث نُشر في حوليات كلية الآداب جامعة عين شمس ـ العدد الرابع عشر ـ ١٩٧٤. وننشره هنا كما هو.

الفصل التاسع عشر

المقدمة والهدف العينة والأدوات

مقدمة: اتضح من المجلد الأول ما لعبه التقدم التكنولوجي وعمليات التحضر من دور كبير في وجود الاضطرابات السيكوسوماتية Psychosomatic disturbances وانتشارها في المجتمع الآخذ بالتصنيع، ويؤكد ذلك ما تبين من أن ضغط الدم لدى زنوج أفريقيا والزنوج الذين بالولايات المتحدة ليس راجعاً للسلالة بل للحضارة. كما أن كلا من انجلش وفيس Weiss and English ذهبا إلى أن ارتفاع ضغط الدم اضطراب مصاحب للحضارة. ولا يقتصر هذا على ضغط الدم فقط بل إن ٩٥ ٪ من أمراض الجلد ناتج عن الروح المعنوية المنخفضة في الصناعة. كما تنتشر هذه الاضطرابات بين ذوي المهن والمراكز العليا كأعضاء البرلمان وذوي المسؤولية وتنخفض بين العمال الزراعيين. ليس ذلك فقط بل إن هذه الاضطرابات لا تتركز في سن معين بل تنتشر بين الشباب والشيوخ، كما تشير لذلك إحصاءات شركة متروبوليتان من أن واحداً من كل اثنين ممن تجاوزوا سن الخمسين يموت بسبب ضغط الدم وهذا يساوي ربع من يموتون في هذا السن. ويؤكد «هاليدي» أن هذه الأمراض بين الشباب أكثر من الشيوخ، ومما يؤكد ذلك ما يذكر عن أنه كلما كانت ظروف الطفولة عسرة كلما زاد انتشارها في سن الشباب. وتزخر المراجع والمجلات بالكثير من الإحصاءات التي تحمل أرقام عن عدد هؤلاء المرضى في الأعمار المختلفة والمهن المختلفة. والذي يجذب الانتباه ويلفت النظر لهذه الإحصاءات هو السنوات التي تقع فيها هذه الاضطرابات، فنجد أنها بين عام ١٩٣٣ و ١٩٤٨ وهي السنوات

التي سبقت وتخللت وتبعت الحرب العالمية الثانية. أي أن الناس كانوا يسمعون أنباء عن قرب وقوع هذه الحرب، فيقع منهم من يقع صريع لمجرد سماع نبأ عن قرب وقوع الحرب، ومنهم من تحمل أناه حتى وقعت الحرب فلم يصمد فكان توافقه على نحو اضطراب نفسي جسمي، ومنهم من تحمل أناه ويلات الحرب وتراكمت على كاهله شدة الظروف حتى خرَّ في نهايتها صريع الاضطراب السيكوسوماتي. وهذا ما تحمله لنا هذه الإحصاءات، فلقد ازداد انتشار أمراض القلب بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٣٣ وازداد انتشار قرحة المعدة باسكتلندا عام ١٩٣٨. كذلك وصل الإعفاء من الخدمة العسكرية بسبب القرحة ٧٥٠ حالة وبلغ ثلاثة أمثال هذا العدد في السنتين الأوليتين من اندلاع الحرب إذ بلغ ٢٣٧٥٤ حالة، ويؤكد ذلك ما ذكره وليم ك. مننجروليف من أن ٤٩ ٪ ممن أعفوا من الجيش كان بسبب اضطرابات نفسية جسمية. كذلك فإن معظم الإحصاءات تؤكد ذلك إذ ازدادت نسبة الوفيات بتسمم الغدة الدرقية ما بين عامي ١٩٠٠ ــ ١٩٣٦ إلى ٤٠٠ ٪ بين الذكور، ٢٣٠ ٪ بين الإناث وعام ١٩٣٦ كان العالم خلاله في حالة حرب. كما ازدادت حالات الضغط في الولايات المتحدة عام ١٩٤٠ إلى ٣٧٥,٠٠٠ بينما كانت ١٤٠,٠٠٠ عام ١٩٢٣ كما أن نسبة أمراض القلب بالولايات المتحدة ارتفعت نسبة الإصابة بها من ٨ ٪ عام ١٩٠٠ إلى ٣٢,٧ ٪ عام ١٩٤٨ أي بزيادة ٤٠٠ ٪ ونحن لا ننكر أن الحرب ليست هي العامل الوحيد في هذه الزيادة بل هناك عوامل أخرى، وما الحرب إلا من العوامل المساعدة أو من ظروف الشدة التي أدت إلى زيادة تلك الاضطرابات. وبالإضافة للحرب نجد أن ما يمر به المجتمع من ظروف ضاغطة كالبطالة يزيد من هذه الاضطرابات ومما يشير إلى ذلك ما حدث في اسكتلندا بين عامي ٣١ ــ ١٩٣٦ حيث بلغت البطالة القمة فزادت القرحة والوهن العصبي والتهاب المعدة. كذلك نجد في الإحصاءات ما يشير إلى أن المرض السيكوسوماتي يكون مصاحباً لبعض الاضطرابات النفسية الأخرى ومما يؤكد ذلك ما تبين من أنه بين ٢٦٩ مريض عصابي

٤١,٥ ٪ شكاواهم أعراض معدية معوية وما يذكره المسؤولون بمستشفيات الأمراض العقلية من أن ٤٠ ــ ٦٠ ٪ من المرضى الذين يترددون على الأطباء يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية. ليس ذلك فقط بل إن الدكتورة فلاندرز دنبار Flanders Dunbar تذكر أن المفقود من الوقت بسبب أمراض القلب يمثل ٢٠ ٪ من كل الوقت المفقود بسبب المرض عامة، وتأخذ هذه الأمراض رجالاً من العمل يقدرون بمليون رجل في السنة أو بـ ٢٥٠ مليون يوم رجل في السنة. وما نريد أن نؤكده من العرض عن أهمية الاضطرابات السيكوسوماتية هو ما سبق ذكره في الدراسة الأولى ونكرره هنا:

أولاً: أن المفقود من الوقت بسبب هذه الأمراض كبير حيث يقدر بعشرات الملايين من الأيام كل عام.

ثانياً: أن هناك قطاعات كبيرة من الناس في أعمار الشباب والشيوخ وفي مهن مختلفة يفقدون توافقهم نتيجة لهذه الاضطرابات.

ثالثاً: أنه نتيجة لما جاء في أولاً وثانياً فإن هذه الاضطرابات جديرة بإجراء العديد من الدراسات لجوانبها المختلفة على المستوى القومي.

هدف البحث:

أكدت الكثير من البحوث على المستوى العالمي والقومي على أهمية الذكاء في العمل وعلى علاقته بالتوافق المهني. فيقول نورمان ماير Norman Maier من المتوقع أن يؤثر الذكاء في عدم الرضا، وبناء عليه، في انفكاك العمالة بطريقتين: فمن ناحية فإن العمل الشديد الصعوبة يسبب إجهاداً مستمراً للفرد نتيجة الذكاء غير الكافي فيفشل في عمله كما يشعر بالقلق وعدم الاطمئنان وربما يترك عمله نتيجة ذلك. هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإن الشخص ذا الذكاء المرتفع يترك عمله أيضاً متنقلاً من عمل لآخر ساعياً وراء عمل مناسب (٩: ١). ويذكرنا تاريخ علم النفس بأولى هذه الاختبارات التي استخدمت في المجال العسكري (وهما اختباري ألفا وبيتا للذكاء Alpha and Beta Tests) خلال الحرب العالمية الأولى لانتقاء

المجندين الذين يصلحون للقيام بالأعمال التي تتطلب قدرة عقلية عالية، واستخدم الاختباران بعد تعديلهما للكشف عما إذا كانت لدى الفرد القدرة العقلية التي تتطلبها مهنة من المهن. ولقد تمخضت عن الكثير من الدراسات. إن المهن المختلفة تتطلب حداً من الذكاء بدونه يصبح النجاح في المهنة أمراً صعباً إن لم يكن مستحيلاً (٤ :١) ولقد أخذت البحوث والدراسات الحديثة في اعتبارها الفوارق بين المهن المختلفة فسعت إلى التوصل إلى القدرات العقلية المتطلبة لكل عمل ولكل وظيفة إلى جانب الذكاء، فهذا فوللر Foller يضع لمكتب التوجيه المهني بنيويورك صفحة نفسية Psychagraph تتضمن: المفردات، التصنيف، مهارة الأصابع، تآزر الأصابع، الوضع باليد، الاستدلال الميكانيكي، المكعبات لويجلي، العلاقات المكانية (١١ : ١). وتعتبر دراسات فرج طه عن الإصابات، والعامل المشكل من الدراسات الرائدة على المستوى القومي حيث استخدم فيهما مقياس وكسلر بلفيو واعتبر الصفحة النفسية للذكاء، وهي الخاصة التي يتمتع بها هذا المقياس عن غيره من مقاييس الذكاء الأخرى، الهدف الرئيسي لدراسته الأولى عن الإصابات في الصناعة، كما أنها كانت في دراسته الثانية أحد الأدوات إلى جانب أدوات أخرى. ولقد شجعتنا النتائج التي توصل إليها فرج طه في دراستيه السالفتي الذكر أن نواصل البحث في مجال الاضطرابات السيكوسوماتية مستخدمين الصفحة النفسية للذكاء لما قد تكشف عنه من مظاهر سوء التوافق Maladjustment لدى المرضى السيكوسوماتيين وخاصة وأن كثيراً من البحوث إن لم يكن كلها قد أهملت تناول هذا الجانب بالنسبة للمرضى السيكوسوماتيين.

الفرض:

نتوقع أن تكشف الصفحة النفسية للذكاء عن وجود فروق دالة إحصائية بين المرضى السيكوسوماتيين وبين الأسوياء من أفراد المجموعة الضابطة. ويتفرع من هذا الفرض الرئيسي تلك الفروض الفرعية:

(أ) نتوقع أن تكون هناك فروقاً دالة إحصائياً بين المرضى السيكوسوماتيين وبين الأسوياء عند المقارنة بينهما على الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر وعلى درجتي المقياسين اللفظي والعملي.

(ب) كما نتوقع أن تكون هناك فروقاً دالة إحصائياً بين مرضى الجهاز المعدي معوي وبين الأسوياء عند المقارنة بينهما على الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر وعلى درجتي المقياسين اللفظي والعملي.

(جـ) نتوقع أن تكون هناك فروقاً دالة إحصائياً بين مرضى القلب والأوعية الدموية وبين الأسوياء من أفراد المجموعة الضابطة عند المقارنة بينهما على الاختبارات الفرعية وعلى درجتي المقياسين اللفظي والعملي.

(د) نتوقع أن تكون هناك فروقاً دالة إحصائياً بين المرضى السيكوسوماتيين، ومرضى الجهاز المعدي معوي، ومرضى القلب والأوعية الدموية، كل منهم على حدة وبين المجموعات الضابطة لهم من جهة أخرى على نسبتي الذكاء اللفظي والعملي.

(هـ) نتوقع أن يكون للمرضى السيكوسوماتيين، ولمرضى الجهاز المعدي معوي، ولمرضى القلب والأوعية الدموية، كل على حدة، نمطاً من الصفحة النفسية مختلفاً عن نمط المجموعة الضابطة لكل مجموعة من المجموعات السابقة التجريبية.

خطة البحث:

١ ـ تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية تعريفاً إجرائياً عملياً يستطيع الأطباء المتخصصون في العيادة الطبية للشركة مجال البحث من خلاله تحديد الحالات التي ينطبق عليها التعريف.

٢ ـ تحديد أسس اختيار المرضى السيكوسوماتيين على النحو الآتي: أساس طبي جسمي (Soma) وأساس نفسي (Psycho) وأساس مهني (المهنة الشائع فيها هذه الاضطرابات).

٣ ـ اختيار أفراد المجموعة الضابطة باستخدام نفس أسس اختيار المجموعة التجريبية.

٤ ـ اختيار مجال الدراسة ومبررات هذا الاختيار.

٥ ـ تطبيق مقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة.

٦ ـ المعالجة الإحصائية لنتائج المجموعة الكلية باستخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية لقياس الفروق باستخدام اختبر «ت» T. Test، وكذلك استخدام نفس هذه الأساليب الإحصائية لقياس الفروق بين المجموعتين الفرعيتين من مرضى الجهاز المعدي معوي، ومرضى القلب والأوعية الدموية من ناحية، وبين المجموعتين الفرعيتين من أفراد المجموعة الضابطة المماثلة لهما من ناحية أخرى والحالات فيهما هم نفس الحالات في المجموعة الكلية كما اتضح من خلال الجداول السابقة. ونعالج كل مجموعة على حدة لاكتشاف الخصائص الفريدة التي تميزها عن غيرها.

٧ ـ حساب النسب المئوية لرموز التشخيص بين المجموعة التجريبية ومجموعاتها الفرعية من جهة وبين المجموعة الضابطة ومجموعاتها الفرعية من جهة أخرى وذلك بهدف إعداد نمط الصفحة النفسية لمجموعة المرضى السيكوسوماتيين والمجموعة المناظرة لها من الأسوياء وإعداد نمط الصفحة النفسية لمجموعة مرضى الجهاز المعدي معوي والمجموعة المناظرة لها من الأسوياء وكذلك إعداد نمط الصفحة النفسية لمجموعة مرضى القلب والأوعية الدموية والمجموعة المقابلة لها من الأسوياء.

٨ ـ حساب تشتت الصفحة النفسية: وذلك بحساب متوسط تشتت الصفحة النفسية لأفراد المجموعة الضابطة (والمجموعتين الفرعيتين) وحساب تشتت الصفحة النفسية لأفراد المجموعة الضابطة (والمجموعتين الفرعيتين).

مجال الدراسة

ولقد تم اختيار المجال الصناعي عن غيره من المجالات الأخرى لإجراء هذه الدراسة وذلك لسببين رئيسيين الأول أن قيمة الاستثمارات في المجال الصناعي تبلغ ٣٧,٤٪ من إجمالي قيمة الاستثمارات في جميع القطاعات والأنشطة المختلفة (٢ : ١) والثاني انتقال حياة العديد من الناس من المجال الزراعي إلى المجال الصناعي ومن العمل بالمراكز الصناعية المحدودة الحجم البسيطة التركيب إلى مراكز تصنيع الجملة المعقدة التركيب، ومن الصناعات اليدوية التي يظهر فيها المجهود البشرى ظهوراً مباشراً إلى الصناعات الآلية التي يكاد يختفي فيها الفرد ودوره من ناحية أخرى. فهذا الجو الصناعي الذي يعمل العامل من خلاله يزداد صعوبة وتعقيداً باتساع حركة التصنيع وظهورها مما ترتب عليه فقد العامل لاتزانه النفسي والانفعالي، وفقده لقدرته على التوحد، والشعور بالصلة، والانتماء والولاء للعمل. ولقد كانت المشكلة بعد ذلك هي أي الصناعات في المجال الصناعي أكثر أهمية من غيرها لإجراء هذه الدراسة فيها فوجدنا أن الإحصاء والأرقام خير ما يدلنا على أي الصناعات التي يجب أن تجري فيها الدراسة، على أن نستند في اختيارنا لأنواع الصناعة على نقطتين هامتين الأولى قيمة الإنتاج الصناعي بها والثانية عدد القوى العاملة ولقد وجدنا من فحصنا للإحصاءات الخاصة بالإنتاج القومي أن الصناعات المختلفة ممكن ترتيبها حسب قيمة الإنتاج الصناعي بها على هذا النحو (٣: ١) في الجدول رقم (١).

نوع الصناعة	تحويلية	تعدينية	بترولية	كهرباء	الجملة	السنة
قيمة الإنتاج بها	١٧٧,٧	٨,٩	٩٠,٤	٥٧,٥	١٣٣٤,٥	١٩٦٨/٦٧

جدول رقم (١)

ويتبين لنا من الجدول السابق أن قيمة الإنتاج بالصناعات التحويلية هو أعلاها وفي مجال الصناعات التحويلية تعبر شركة الحديد والصلب أكبر وأضخم مشروع بعد السد العالي إلى جانب أن عدد العمال بها يبلغ ١٢,٠٠٠ اثني عشر ألف عامل وهي الشركة التي صارت مجالاً لهذه الدراسة.

أسس اختيار المجموعة التجريبية

اعتمد اختيارنا لمرضى الاضطراب السيكوسوماتي على أسس ثلاث: أساس طبي وأساس مهني وأساس نفسي، وهي نفس الأسس التي استخدمت من الدراسة الأولى ونذكرها هنا مرة ثانية محافظة على هيكل البحث كما نشر من حوليات كلية الآداب العدد الرابع عشرة ١٩٧٤.

(١) الأساس الطبي:

ولقد تم اختيار العيادة الطبية (وليس العيادة النفسية) بالشركة المذكورة لتحديد حالات هذه الدراسة منها للمبررات الآتية:

١ ـ أن طبعية أعراض تلك الأمراض والتي غالباً ما تكون أعراضاً جسمية تجعل المريض يذهب ليعالج مرضه لدى الطبيب.

٢ ـ أن غالبية المرضى غير مستبصرين بأسباب هذه الأمراض ولذلك لا يذهبون للمعالج النفسي بل يذهبون للطبيب.

٣ ـ أشارت المناقشة التي أجراها الباحث مع عدد من الأطباء النفسيين عند زيارته للعيادة النفسية الخارجية بكلية طب القصر العيني إلى تأييد ما سبق في (١). وأن كثيراً من الحالات التي تتردد بكثرة على العيادات النفسية وتشكو من أعراض جسمية وحسية ما هي إلا حالات هستيريا، أو توهم مرض، أو أعراض جسمية لحالات القلق Somatic Manifestations of Anxiety وهذه الحالات تنتشر فيها الأعراض في أكثر من وظيفة أو عضو من أعضاء الجسم.

وبناء على المبررات السابقة قررنا أن يكون الأطباء المتخصصين بالعيادة الطبية بشركة الحديد والصلب هم الأساس في تحديد عينة البحث على أن تكون نقطة بدايتهم في ذلك أن نطرح لهم تعريفاً لما هو مقصود بالاضطرابات السيكوسوماتية على نحو نستطيع استخلاص وقائع منه يحدد على أساسها الطبيب الحالات. وهدفنا من وراء هذه الخطوة أن يكون اعتمادنا على الطبيب جزئياً لا كلياً على اعتبار أن الاضطرابات السيكوسوماتية تمثل جانبان الأول نفسي Psycho وهذا الجانب يكون كشفه ومعرفة ما ألم به من اضطراب أو إصابة (نتيجة الجانب السابق) عن طريق الأطباء الذين يستخدمون في ذلك وسائلهم التشخيصية، كالأشعات والتحاليل.

١ ـ تعريف مفهوم الاضطراب السيكوسوماتي:

وكان التعريف الذي ارتأينا مناسبته لهذه الدراسة وفقاً للمسح النظري الذي قمنا به والذي لم يخرج في نفس الوقت عن الإطار العام الذي تنطلق منه هذه الدراسة وهو أن النفس تؤثر في الجسم بالدرجة الأولى هو:

«الاضطرابات السيكوسوماتية هي الاضطرابت الجسمية المألوفة للأطباء، التي يحدث بها تلف في بناء جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابت انفعالية مزمنة نظراً لاضطراب حياة المريض، والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاءاً تاماً لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي».

٢ ـ الوقائع المستخلصة من التعريف:

والوقائع المستخلصة من التعريف السابق والتي قدمت للأطباء والموجودة في «قائمة تحديد العمال الذين لديهم اضطرابات سيكوسوماتية» والتي أعطيت للأطباء لكي يضعوا فيها أرقام العمال الذين لديهم هذه الاضطرابات هي:

(أ) وجود مرض جسمي خاص بعضو أو جزء من أجزاء الجسم تثبت الأشعات أو الاختبارت وجود إصابة تشريحية أو بنائية به.

(ب) تردد المريض على الطبيب فترة طويلة من الزمن بحيث أصبح مألوفاً له.

(جـ) عدم نجاح العلاج الجسمي لعدم علاج المسببات، ويظهر ذلك في كثرة التردد وتناوله العديد من الأدوية وأنواع العلاج.

(د) أن المريض لم يسبق علاجه نفسياً وقد قصدنا من ذلك أن تكون هناك حالات تحت العلاج النفسي أو عولجت نفسياً فيترتب على ذلك تدخل عامل من العوامل التي تؤثر في اختيارنا للحالات.

٣ ـ وصف «قائمة تحديد العمال الذين لديهم اضطرابات سيكوسوماتية»:

أطلقنا على الوسيلة التي اعتمد عليها الأطباء في تحديدهم للعمال المضطربين باضطرابات سيكوسوماتية اسم «قائمة تحديد العمال الذين لديهم اضطرابات سيكوسوماتية» نظراً لأن الاضطرابات وضعت بها على شكل قائمة وكانت أهم البيانات التي بها هي:

(أ) بيانات خاصة بالأطباء الذين يقومون بتحديد العمال لما لهذه البيانات من أهمية تتعلق بمدى تحديدهم للعمال المضطربين.

(ب) تعريف إجرائي للاضطرابات السيكوسوماتية.

(جـ) الوقائع التي تقوم بالتعريف ويتم على أساسها تحديد العمال المضطربين.

(د) مجموعات الاضطرابات السيكوسوماتية المختلفة موزعة حسب أجهزة الجسم كجهاز المعدي معوي وجهاز القلب والألأعية الدموية وجهاز التنفس... إلخ. ولقد استندنا في الاقتصار على مجموعات الاضطرابات التي في القائمة إلى هذه الأسس:

(١) شيوع ورودها في المراجع.
(٢) تؤكد البحوث أثر العامل النفسي بها.
(٣) أنها بقدر الإمكان تمثل أجهزة الجسم المختلفة.
(٤) بعض الأسئلة التي تتعلق بالقائمة وبحجم المشكلة بين العمال ككل.

٤ ـ خصائص الأطباء الذين حددوا العمال المضطربين:

كما سبق أن أشرنا يعتبر الأطباء المحكات التي سيتم الاعتماد عليها في تحديدنا للعمال المضطربين. ومن ثم يكون في عرض خصائص هؤلاء الأطباء لمدى دقة النتائج الخاصة بتحديد الحالات ويتضح من الجدول رقم (٢) عدد هؤلاء الأطباء وخبراتهم في العمل ومؤهلاتهم ودراساتهم العليا:

الأطباء	الشركة	التخصص	المؤهل	تاريخ التعيين	الخبرة	تاريخ التخرج
الطبيب الأول	الحديد والصلب	طب صناعات	دبلوم طب صناعات	١٩٦٤	٧	١٩٦٤
الطبيب الثانى	«	أمراض باطنة	دبلوم أمراض باطنة	١٩٦١	١٠	١٩٥٨

جدول رقم (٢)

ويتميز الأطباء السابقون بالخصائص الآتية والتي تجعلنا نثق في اختيارهم وفي ثباتهم في تحديد الحالات وهذه الخصائص هي: ـ

(١) أنهم تخرجوا منذ فترة طويلة تصل في متوسطها عشر سنوات مما تكفي لإكساب الطبيب حنكة ودراية بعمله.

(٢) أنهم اكتسبوا ألفة بظروف العمل التي يعملون بها وبالعمال الذين يقومون بعلاجهم فتصل مدة خبراتهم في العمل الحالي ثماني سنوات ونصف في المتوسط.

(٣) أن الطبيبين حاصلان على مؤهلات ودراسات عليا فالأول حاصل على دبلوم طب صناعات، والثاني حاصل على دبلوم أمراض باطنة، ويرتبط ذلك دون شك بمعرفتهم بأهم المفاهيم الحديثة في الطب والذي يعتبر السيكوسوماتيك وأثر النفس في الجسم من هذه المفاهيم. وقد دلت مناقشتنا معهم على أن مواد الدراسة في هذه الدبلومات تضمنت مثل هذه المفاهيم.

٥ ـ نتائج تحديد الأطباء للعمال المضطربين:

قمنا بتفريغ القوائم التي أعطيت للأطباء في الشركة، ويتضح من الجدول رقم (٣) عدد العمال المضطربين بالشركة في كل جهاز من أجهزة الجسم:

رقم	الاضطراب	العدد	٪
١	اضطرابات الجهاز المعدي معوي	٣٧	٣١,٠٪
٢	اضطرابات القلب والأوعية الدموية	١٨	١٦,٠٪
٣	اضطرابات جهاز التنفس	٢٧	٢١,٤٪
٤	اضطرابات الجهاز العصبي المركزي	٠٣	٠٠٢,٤٪
٥	اضطرابات الجلد والحساسية	٠٧	٠٦,٪
٦	اضطرابات جهاز الأيض والغدد	١٩	١٦,٪
٧	اضطرابات الجهاز البولي والتناسلي	—	صفر٪
٨	اضطرابات الجهاز الهيكلي	٠٩	٧,٤٪
	المجموع	١٢٠	١٠٠٪

جدول رقم (٣)

ويتضح من الجدول رقم (٧) الخصائص الآتية:

١ ـ أن نسبة اضطرابات الجهاز المعدي معوي هي أكبر هذه النسب إذ تبلغ ٣١ ٪ ويليه اضطرابات الجهاز التنفسي ثم جهازي القلب، والغدد الصم.

٢ ـ أن نسبة اضطرابات الجهاز البولي والجهاز العصبي المركزي وجهاز الجلد والحساسية هي أقل هذه الاضطرابات فتبلغ صفر ٪ في الأول، ٣ ٪ في الثاني، ٧ ٪ في الأخير.

(ب) الأساس المهني:

بعد أن تم تحديد العمال المضطربين سيكوسوماتياً (بناء على الأساس السابق فقط وهو جزء من ثلاثة أسس كما سبق أن قلنا) قمنا بتوزيعهم حسب نوع المهن والوظائف التي يعملون بها لكي يتسنى لنا معرفة المجموعة المهنية التي يشيع فيها وجود هذه الاضطرابات، ويكون العمال الذين يعملون في هذه المهنة هم العينة التي ستجري عليها الدراسة بعد التأكد من أن العامل النفسي هو الأساسي في اضطرابهم وهو ما سوف يتضح لنا في الأساس النفسي فيما بعد.

ولقد تبين لنا من هذا التوزيع أن مهن الصيانة الميكانيكية هي المهن التي تشيع فيها هذه الاضطرابات عن غيرها ويوضح لنا الجدول رقم (٤) توزيع عمال الصيانة الميكانيكية على الوظائف المختلفة بمهن الصيانة:

الوظائف	كهربائى صيانة	حداد	شحام	براد	ميكانيكى	خراط	لحام	سمكرى	مجـ
العدد	٦	١١	٣	٣	١٢	٢	٢	—	٢٩

جدول رقم (٤)

كما يوضح الجدول رقم (٥) توزيع مرضى الاضطراب السيكوسوماتي في هذه المهنة على أجهزة الجسم المختلفة.

رقم	الاضطـــــراب	العدد	٪
١	الجهاز المعدى معوى	٨	٪ ٢٧,٢
٢	جهاز القلب والأوعية	٨	٪ ٢٧,٢
٣	الجهــاز التنفسى	٧	٪ ٢٣,٨
٤	الجهــاز العصبى	—	٪ صفــر
٥	الجلـد والحساسية	٢	٪ ٦,٨
٦	جهـاز الأيض والغدد الصم	٣	٪ ١٠,٢
٧	الجهــاز البولى	—	٪ صفــر
٨	الجهــاز الهيكلى	١	٪ ٣,٤
	المجمـــــوع	٢٩	٪ ١٠٠

جدول رقم (٥)

ويتضح من الجدول السابق أن كلا من الجهاز المعدي وجهاز القلب يتوزعان بنفس النسبة ويليهما الجهاز التنفسي أما الجهاز العصبي والجهاز البولي فلم توجد حالات بهما.

(جـ) فحص الملفات والبطاقات الطبية للعمال:

ثم فحص الملفات الطبية للمرضى الذين سيتم إجراء الدراسة عليهم للتأكد من أنها تتضمن الفحوص التي تثبت وجود الإصابة أو الخلل في وظيفة الجسم، ولقد أسفرت نتيجة هذا الفحص عن عدم وجود حالات لا

يوجد في ملفاتها ما يثبت الخلل أو الإصابة في الجسم، كذلك وجدنا ما يثبت الاستمرار في إجراء المزيد من البحوث والاختبارات الطبية حتى إجراء هذا الفحص. ويرجع ذلك بالدرجة الأولى إلى أن الطبيب في تحديده للحالة التي ينطبق عليها التعريف لم يكن يعتمد على ألفته بالمريض ومعرفته به فقط بل وبالإضافة إلى ذلك فإن المريض يدخل للعرض على الطبيب ومعه أورنيك طبي محول به من القسم التابع له نتيجة شكوى أو ألم يعوقه عن أداء عمله وفي نفس الوقت تكون معه: البطاقة الطبية والتي تتضمن: اسم العامل والقسم التابع له وتاريخ التعيين، والإجازات المرضية وتاريخ الميلاد والإجازات بسبب الإصابة، والتشخيص، والعلاج، والنبض، والحرارة. ولكل بيان من هذه البيانات قيمة وعلاقة بالمرض فالقسم والظروف التي به تعطي موجهات للطبيب من حيث أن علاقة المرض يرتبط بظروف العمل أم بعوامل اجتماعية إن لم تكن ظروف العمل هي المؤثرة. كذلك فإن تاريخ التعيين يكشف عن الخبرة التي لدى العامل وظهور المرض حسب تاريخ زيارة المريض ويتم فيه كتابة الشكوى والتشخيص والفحوص الطبية والاختبارات التي أجريت على المريض للتأكد من مرضه. مجمل القول أن الطبيب يستند على ما في البطاقة الطبية من بيانات في تحديده للحالة.

(د) الأساس النفسي:

استعرضنا طرق التشخيص السيكوسوماتي المختلفة ابتداءاً من افتراضات فيس وانجلش Weiss & English كالتاريخ الأسري، ووجود شواهد لعصاب في الطفولة والحساسية لعوامل انفعالية خاصة وبناء الشخصية الخاص إلى ما عرضه نفس العالمان لمعادلة هاليدي المكونة من ست نقط Halliday's Six Point Formula وهذه النقط هي: الانفعال كعامل معجل، ونموذج الشخصية، ومعدل الجنس، والارتباط بعلل سيكوسوماتية أخرى والتاريخ الأسري. كذلك استعرضنا ما قدمه فيس وانجلش أيضاً من استخدام الطريقة الطولية في التشخيص حيث يقولان:

بأنه يلاحظ في الدراسة الطولية أن الاضطراب السيكوسوماتي يظهر في مراحل تاريخية تسع أو مواقف تسع يقابلها الإنسان في حياته منذ ميلاده حتى الشيخوخة ويظهر في كل مرحلة أو موقف من هذه المواقف التسع أو تتكون مجموعة الأعراض الخاصة بها وهذه المراحل هي: الفمية ــ الشرجية ــ التناسلية ــ الكمون ــ البلوغ ــ المراهقة ــ حياة الشباب المبكرة ــ حياة الشباب ــ الشيخوخة.

وتدخل هاتان الطريقتان (افتراضات فيس ومعادلة هاليدي) في نطاق ما نطلق عليه الطرق الذاتية في التشخيص. كذلك استعرض فيس وانجلش استخدام اختبار بقع الحبر لرورشاخ في تشخيص الاضطراب السيكوسوماتي إلا أن استخدام هذا الاختبار يتطلب أعداداً معيناً ووقتاً كبيراً (٢٢: ٢٥١). وإلى جانب الطرق الثلاث السابقة استعرضنا الطرق الموضوعية المستخدمة في التشخيص فوجدنا أمامنا اختباران هما اختبار الشخصية المتعددة الأوجه M.M.P.I.، وقائمة كورنل Cornelll Index والاختبار الأول ميز في بعض الدراسات بين الآلام العضوية المنشأ والآلام النفسية المنشأ (١٥ : ١). إلا أن هذا الاختبار طويل فتصل عباراته إلى ٥٦٦ سؤالاً كما أن إعداده ليتناسب مع العمال يستغرق وقتاً طويلاً. أما الاختبار الثاني وهو قائمة كورنل فقد وضع كأداة تتضمن أسئلة تكشف عن الاضطرابات السيكوسوماتية والعصبية وبه مقاييس تكشف صراحة عن هذه الجوانب مثل: أعراض التنفس والدورة الدموية والأعراض السيكوسوماتية، وأعراض الجهاز المعدي معوي كما يكشف عن حالات القلق وتوهم المرض والسيكوباتية واضطرابات التشنج والصداع النصفي والربو والقرح الهضمية، وهو أقل كفاية في الكشف عن الحالات التي لديها شلل هستيري وحالات الذهان المبكر وهو ليس فعالاً في الكشف عن الحالات الوسواسية (٢٣ : ١). وعلى هذا الأساس وبناء على ما يتصف به هذا المقياس الأخير من خصائص تتسق ومقتضيات هذه الدراسة وهو الحاجة لوسيلة قياس وتشخيص موضوعي عن الاضطرابات السيكوسوماتية استخدمنا هذا

المقياس في تحديد الحالات التي تكون موضوع دراستنا وذلك بعد ما تيسر لنا عمل «صورة باللغة العامية» للاختبار أجريت عليها عمليات التقنين المناسبة. كما أننا في تطبيقنا للاختبار استخدمنا نفس الأساس الذي استخدمه مؤلفوه في التمييز بين الحالات التي لديها اضطراب سيكوسوماتي أي اضطراب أساسه نفسي من الحالات التي ليست اضطراب سيكوسوماتي وهذا الأساس هو أن الدرجة ٢٣ فما فوق على الاختبار تكشف عن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية وعصابية شديدة. ومما شجعنا أيضاً على استخدام هذا الاختبار أنه استخدم في دراسة بالبيئة المحلية وعلى طلبة الجامعات حيث ميز الاختبار بدرجة دالة إحصائية عند مستوى ١. ر. وذلك بين الطلبة الذين شخصوا في العيادة النفسية بأن لديهم اضطرابات سيكوسوماتية وبين الطلبة الأسوياء (٨: ١).

وقد تمخض تطبيق الاختبار على الحالات الواردة في الجدولين السابقين رقم (٤)، (٥) (٢٩ حالة) عن وجود أربع حالات حصلوا على درجات أقل من ٢٣ درجة.

ويوضح الجدول رقم (٦) توزيع الاضطرابات السيكوسوماتية على أجهزة الجسم المختلفة في الحالات الباقية بعد عزل الحالات التي حصلت على درجة أقل من ٢٣.

رقم	الاضطراب	العدد	٪
١	اضطرابات الجهاز المعدى معوى	٨	٣٢ ٪
٢	اضطرابات جهاز القلب والأوعية	٨	٣٢ ٪
٣	اضطرابات جهاز التنفس	٤	١٦ ٪
٤	اضطرابات الجلد والحساسية	٢	٠٨ ٪

رقم	الاضطراب	العدد	٪
٥	اضطرابات جهاز الأيض والغدد	٢	٠٨ ٪
٦	اضطرابات الجهاز الهيكلى	١	٠٤ ٪
	الجملـــــــة	٢٥	١٠٠ ٪

جدول رقم (٦)

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

١ ـ أن اضطرابات الجهاز المعدي معوي واضطرابات جهاز القلب والأوعية الدموية هي الشائعة عن غيرها إذ تصل نسبتها في الجهازين ٣٢ ٪.

٢ ـ أن اضطرابات الجهاز الهيكلي هي الأقل شيوعاً إذ تصل نسبتها إلى ٤ ٪.

العينة في الدراسة الحالية:

اقتصرنا في الدراسة الحالية على مرضى الجهاز المعدي معوي ومرضى جهاز القلب والأوعية الدموية، نظراً لأن نسبة الاضطرابات بهما هي أكبر نسبة عن أي جهاز آخر من أجهزة الجسم. ويوضح لنا الجدول رقم (٧) توزيع الاضطرابات حسب المرض الذي لدى كل حالة من الحالات الست عشر.

الجهاز	القلب والأوعية الدموية		الجهاز المعدى معوى				المجموع	عينة الدراسة الحالية
المرض	الضغط المرتفع	عصاب القلب	قرحة اثنا عشر	التهاب قولون	التهاب معدة	قرحة معدة		
العدد	٥	٣	٣	٢	٢	١	١٦	١٥

جدول رقم (٧)

وعند تطبيق مقياس وكسلر بلفيو للذكاء على المرضى في الجدول رقم (٧) لم تتح الظروف لتطبيق المقياس على أحد مرضى قرحة الاثنا عشر وبذلك صار العدد النهائي لعينة هذه الدراسة خمسة عشر مريضاً.

اختيار المجموعة الضابطة

تم اختيار أفراد المجموعة الضابطة باتباع نفس الأسس السابقة. ففي الأساس الطبي تأكدنا من خلوهم من أي اضطرابات أو إصابات في أجهزة الجسم. وفي الأساس المهني كانوا من نفس العائلة المهنية للمجموعة التجريبية. كما تم تطبيق اختبار كورنل عليهم أيضاً. وروعي أيضاً أن يكونوا من نفس عمر وخبرة وأجر والحالة الاجتماعية والتعليمية للمجموعة التجريبية.

المقارنة بين المجموعة التجريبية والضابطة

قارنا بين المجموعة التجريبية والضابطة في السن والأجر والخبرة والتعليم والحالة الاجتماعية وذلك لنماثل بينهما ونعزل أثر هذه العوامل كما يتضح فيما يلي:

١ ـ يوضح الجدول رقم (٨) الفروق بين المجموعتين في السن والأجر والخبرة:

المجموعة	السن		ت	الأجر		ت	الخبرة		ت
	م	ع		م	ع		م	ع	
التجريبية	٤٢,٩	٦,٦٥	٠,٩٤	١٨,٦٤	٤	١,٤٤	١١,٥٢	٢,٣٦	٠,٣١
الضابطة	٤١,٢	٥,٨٢		٢٠,٣٢	٤		١١,٣٢	٢,٢٢	
الدلالة	الفرق غير دال			الفرق غير دال			الفرق غير دال		

جدول رقم (٨)

ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة من الناحية الإحصائية بين أفراد المجموعتين مما يشير إلى أن أفراد المجموعتين متماثلتين في السن والأجر والخبرة.

٢ ـ وبالنسبة للحالة الاجتماعية كان جميع أفراد المجموعتين التجريبيين.

٣ ـ ويوضح لنا الجدول رقم (٦) الفروق بين المجموعتين في الحالة التعليمية.

المجموعة	يقرأ ويكتب	ابتدائية	إعدادية	أمى
التجريبية	٧٦٪	١٦٪	٤٪	٤٪
لضابطة	٨٤٪	٨٪	٤٪	٤٪
الدلالة	٠,٠٨	٠,٠٨	صفر	صفر

جدول رقم (٩)

ويتضح من الجدول رقم (٩) عدم وجود فروق بين المجموعتين في الحالة التعليمية وقد استخدمنا في حساب هذه الفروق معادلة خاصة بذلك تقوم على أساس النسبة المئوية (١٤ :١).

ومما سبق يتضح أن أفراد المجموعتين يتماثلون مع بعضهم بعضاً في السن والخبرة والأجر وفي الحالة التعليمية والحالة الاجتماعية وهذا يعني أن النتائج التي سنصل إليها في نهاية البحث ليس لهذه العوامل أي دخل فيها أي أن الفروق الناتجة تكون راجعة للاضطراب السيكوسوماتي وليس لعوامل السن أو الخبرة أو التعليم. . . إلخ.

أدوات الدراسة

تطبيق مقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين(*)

(أ) التعريف بالمقياس:

أعد هذا المقياس د. وكسلر لقياس ذكاء الراشدين والمراهقين وعربه الدكتور لويس كامل مليكه والدكتور محمد عماد الدين إسماعيل ويتكون

(*) اقتصرت دراستنا السابقة التي تقدمنا بها لنيل شهادة الدكتوراه عام ١٩٧٤ على الجوانب الآتية: القدرات ـ الروح المعنوية ـ النواحي الانفعالية والشخصية ـ العلاقات السوسيومترية ولم يكن الذكاء الذي تعالجه الدراسة الحالية متضمناً بها.

هذا المقياس من إحدى عشر اختباراً فرعياً هي: المعلومات، الفهم العام، وإعادة الأرقام والاستدلال الحسابي والمتشابهات والمفردات، وترتيب الصور وتكميل الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء ورموز الأرقام ويتكون من الست اختبارات الأولى المقياس اللفظي والخمس اختبارات الباقية المقياس العملي. ولكل اختبار فرعي درجة فهذا المقياس من نوع مقاييس النقط Point Scale، وللمقياس اللفظي درجة تتكون من الاختبارات الفرعية الست وللمقياس العملي درجة تتكون من الاختبارات الفرعية الخمس. ويتم تحويل كل درجة خام على كل اختبار فرعي إلى الدرجة الموزونة المقابلة لها في الصفحة النفسية وللمقياس أيضاً درجة موزونة للمقياس اللفظي ودرجة موزونة للمقياس الكلي (اللفظي والعملي). ويتم الكشف عن نسب الذكاء المقابلة لكل درجة موزونة من الدرجات الثلاث السابقة عند فئة العمر المقابلة لذلك. وبالنسبة لثبات المقياس فقد أجرى الدكتور لويس كامل دراسات محلية على عينات مختلفة أكدت ثبات المقاييس الفرعية والمقياس الكلي بدرجة عالية كما أن دراسة الدكتور فرج طه أكدت عن طريق الإعادة وعن طريق التقسيم النصفي ارتفاع ودلالة معامل ثبات المقاييس الفرعية. كما أنه بالنسبة لصدق المقياس فقد أشارت الدراسات العالمية والقومية إلى صدق المقاييس الفرعية باستخدام أساليب متعددة (٧: ٦٢). ولقد شجعتنا نتائج الثبات والصدق التي أجريت في المجتمع المحلي على استخدام هذا المقياس كما أننا لم نجر عليه مثل هذه الدراسات واكتفينا بما سبق أن أجري من دراسات خاصة بالمجال الصناعي هذا إلى جانب أن المقياس يكشف عن الاضطراب النفسي أو العقلي والعضوي كاضطراب التفكير والذاكرة والتدهور الذي يحدث في هذه العمليات.

(ب) تطبيق المقياس:

تم تطبيق المقياس بجميع اختباراته الفرعية الإحدى عشر على أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية والبالغ عدد كل منهما خمسة عشر عاملاً

والعدد الكلي لأفراد المجموعتين ثلاثين عاملاً واستغرق تطبيق المقياس ساعة تقريباً.

(جـ) تصحيح الاختبار:

تم تصحيح الاختبارات الفرعية الإحدى عشر حسب نماذج التصحيح التي أعدها الدكتور لويس كامل وبعد إعطاء الدرجات الخام (النقط) تم تحويلها لدرجات موزونة بالنسبة لكل اختبار فرعي، وتم بعد ذلك جمع الدرجات الموزونة للاختبارات الست اللفظية لتكون درجة القياس اللفظي، والدرجات الموزونة للاختبارات الخمس الفرعية لتكون درجة المقياس العملي وتم تحويل هاتين الدرجتين لنسب الذكاء اللفظية والعملية والكلية المقابلة لفئة السن بالنسبة لكل فرد من أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية. كما تم حساب التشتت عن المتوسط بالنسبة لكل حالة على حدة وكذلك تم حساب التشتت عن المفردات بالنسبة لكل من المجموعتين الضابطة والتجريبية، وحسب التشتت عن المتوسط بالنسبة للمجموعتين مجموعة المرضى السيكوسوماتين ومجموعة الأسوياء.

* * *

الفصل العشرون

نتائج الدراسة

١ ـ المجموعة الكلية

(١) المقارنة بين المرضى السيكوسوماتيين والأسوياء على الدرجات الموزونة ونسب الذكاء:

يوضح لنا الجدول رقم (١٠) المتوسطات والانحرافات المعيارية ودرجة اختبار «ت» ومستوى الدلالة واتجاه الفرق (سواء في صالح المجموعة التجريبية أو الضابطة) بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

رقم	الاختبار	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة ت	مستوى الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١	المعلومات	٧,٣٣	٠,٨٦	٦,٨٦	١,٩٥	١,٣٤		فى صالح التجريبية
٢	الفهم العام	٦,٨٠	٢,٤٠	٨,٥٣	٢,٣٨	٢,٧٠	٠,٠٥	« الضابطة
٣	إعادة الأرقام	٥,٨٧	٢,٦٧	٧,٠٦	٢,١٤	١,٨٥	—	»
٤	الاستدلال الحسابى	٧,٢٠	٢,١٠	٦,٧٣	٢,٩٢	٠,٧٩	—	فى صالح التجريبية
٥	المتشابهات	٥,٦٦	١,٧٠	٦,٩٣	٢,١٨	٢,٥٤	٠,٠٥	فى صالح التجريبية

رقم	الاختبار	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة ت	مستوى الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
٦	المفردات	٧,٩٣	٢,٦٢	٦,٥٣	١,٢٥	٢,٦٩	٠,٠٥	فى صالح التجريبية
٧	ترتيب الصور	٥,٤٠	١,٨٠	٥,٧٣	٣,١٠	٠,٤٨	—	فى صالح الضابطة
٨	تكميل الصور	٧,١٣	١,٧٣	٧,٦٠	٢,٣١	٠,٨٢	—	» » »
٩	رسوم المكعبات	٦,١٣	٣,٣١	٦,٨٠	٢,٦٠	٠,٧٢	—	» » »
١٠	تجميع الأشياء	٦,٦٠	٢,٨٠	٨,٨٦	٢,٦٠	٣,١٣	٠,٠١	» » »
١١	رموز الأرقام	٦,٢٦	٣,٩٠	٥,٨٠	٢,٤٨	٠,٥٢	—	فى صالح التجريبية
١٢	المقياس اللفظى	٤٠,٨٠	٦,٠٠	٤٣,٥٠	٧,٢٥	١,٥٤		» » »
١٣	المقياس العملى	٣٢,١٦	١١,٣٥	٣٦,١٦	٩,٨٥	١,٤٣		فى صالح الضابطة
١٤	المقياس الكلى	٧٢,٣٤	١٤,١٠	٧٨,٦٦	١٥,٠٠	١,٦٠		» » »
١٥	نسبة الذكاء اللفظى	٨٧,٦٦	٨,٤٠	٩٠,٣٤	١٠,٠٠	١,١١	—	» » »
١٦	نسبة الذكاء العملى	٨٦,٠٠	١٦,٤٠	٩١,٠٠	٩,٤٠	١,٣٥	—	فى صالح الضابطة
١٧	نسبة الذكاء الكلى	٨٥,٠٠	٩,٤٠	٨٧,٣٣	٩,٤٠	٠,٩٢	—	» » »

جدول رقم (١٠)

ويتضح لنا من الجدول رقم (١٠) ما يلي:

١ ـ أن اختبارات الفهم العام والمتشابهات والمفردات وتجميع الأشياء هي الاختبارات الفرعية الوحيدة من باقي الاختبارات ونسب الذكاء التي ميزت بين المجموعتين التجريبية والضابطة وأن اختبارات الفهم والمتشابهات والمفردات قد ميزت عند مستوى دلالة ٠,٠٥ أما اختبار تجميع الأشياء فقد ميز عند مسوى دلالة ٠,٠١.

٢ ـ أن اختبارات الفهم العام وتجميع الأشياء والمتشابهات كان الفرق

المميز فيهم في صالح المجموعة الضابطة أما اختبار المفردات فكان الفرق المميز فيه في صالح المجموعة التجريبية.

٣ ـ انقسمت الاختبارات الفرعية السبعة الباقية غير المميزة من حيث الفرق إلى مجموعتين المجموعة الأولى وهي المعلومات والاستدلال الحسابي ورموز الأرقام وقد كان الفرق فيها في صالح المجموعة التجريبية، أما المجموعة الثانية وهي إعادة الأرقام وترتيب الصور وتكميل الصور ورسوم المكعبات فقد كان الفرق فيها في صالح المجموعتين الضابطة.

٤ ـ لم تميز الدرجات الموزونة للمقياس اللفظي أو العملي أو الكلى بين المجموعتين وكان اتجاه الفرق في صالح المجموعتين الضابطة.

٥ ـ لم تميز كذلك نسب الذكاء اللفظي أو العملي أو الكلي تمييزاً دالاً بين المجموعتين وكان الفرق في صالح المجموعتين الضابطة.

(ب) المقارنة بين نسبتي الذكاء اللفظي والعملي:

ولقد تبين لنا من الجدول رقم (١٠) أن الفرق بين المجموعتين غير دال فيما يتعلق بنسب الذكاء اللفظي والعملي ونسبة الذكاء الكلية، ولقد بلغت قيمة «ت» بين المجموعتين فيما يتعلق بنسبة الذكاء اللفظي ١,١١ وبالنسبة لنسبة الذكاء العملي ١,٣٥ وبالنسبة لنسبة الذكاء الكلي ٠,٩٢، ولقد كان الفرق غير دال بين المجموعتين في صالح المجموعة الضابطة أي أن متوسط نسب الذكاء اللفظي والعملي ونسبة الذكاء الكلي أعلى في المجموعة الضابطة عنه في المجموعة التجريبية.

وبحساب درجة «ت» بين المقياس اللفظي والمقياس العملي لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة كل على حدة، تبين عدم وجود فرق بين نسبتي الذكاء اللفظي والعملي فقد بلغت قيمة «ت» بالنسبة للفرق بين هاتين النسبتين في المجموعة التجريبية ٠,٤٧ وفي المجموعة الضابطة ١,٧١ وهو فرق غير دال. ولقد كان اتجاه الفرق مختلفاً في كل مجموعة عن

الأخرى. فقد كان الفرق في المجموعة التجريبية في صالح نسبة الذكاء اللفظي أي أنها كانت أعلى من نسبة الذكاء العملي، كما أن الفرق في المجموعة الضابطة كان في صالح نسبة الذكاء العملي أي أنها كانت أعلى من نسبة الذكاء اللفظي.

(جـ) تحليل نمط الصفحة النفسية:

يقصد وكسلر بتحليل النمط: تحديد الأنماط الفريدة من الاختبارات التي تميز بين الفئات الإكلينيكية المختلفة أي أنه يفترض وجود صفحات نفسية مميزة لكل فئة إكلينيكية. ولقد قدم وكسلر وشيفر وزملاؤه خصائص الاختبارات في عدد من الفئات الإكلينيكية المختلفة كأمراض المخ العضوية والفصام والضعف العقلي والجناح... إلخ (٧: ٧٤، ٧٥) ويقدر وكسلر الرموز المستخدمة للعلامات التشخيصية تقديراً كمياً على النحو الآتي:

+ انحراف من ١,٥ إلى ٢,٥ وحدة فوق متوسط الاختبارات الفرعية الباقية.

+ + انحراف ٣ وحدات أو أكثر فوق المتوسط.

- انحراف من ١,٥ إلى ٢,٥ وحدة تحت متوسط الاختبارات الفرعية الباقية.

- - انحراف ٣ وحدات أو أكثر تحت المتوسط.

صفر انحراف من + ١,٥ إلى - ١,٥ وحدة من متوسط الاختبارات الفرعية الباقية.

وسنستعرض فيما يلي أهم أنماط الصفحة النفسية وهما: النمط الجمعي والنمط الفردي.

١ ـ الأنماط الجمعية:

يمكن اعتبار جدول المقارنة بين المرضى والأسوياء على الدرجات الموزونة، ونسب الذكاء السابق عرضها نمطان من أنماط الصفحة النفسية

أحدهما يمثل الصفحة النفسية للمرضى والآخر يمثل الصفحة النفسية للأسوياء. ويمثل الجدول رقم (١١) نمط آخر من أنماط الصفحة النفسية.

رقم	الاختبار	مجموعة المرض السيكوسوماتيين	مجموعة الأسوياء
١	المعلومات	+ ٠,٧٦	− ٠,٩٩
٢	الفهم العام	+ ٠,٢٣	+ ١,٣٨
٣	إعادة الأرقام	− ٠,٧٠	− ٠,٠٩
٤	الاستدلال الحسابى	+ ٠,٦٣	− ٠,٤٢
٥	المتشابهات	− ٠,٩١	− ٠,٢٢
٦	المفـــردات	+ ١,٣٦	− ٠,٦٢
٧	ترتيب الصـور	− ١,١٧	− ٠,٤٢
٨	تكميل الصـور	+ ٠,٥٦	+ ٠,٤٥
٩	رسوم المكعبات	− ٠,٤٤	− ٠,٣٥
١٠	تجميع الأشياء	+ ٠,٠٣	+ ١,٧١
١١	رموز الأرقـام	− ٠,٣١	− ١,٣٥

جدول رقم (١١)

ولقد أعد نمط الصفحة النفسية السابق بالجدول رقم (١١) باستخدام التشتت عن المتوسط Mean Scatter والذي يقدر عن طريق الفروق بين الدرجة الموزونة على كل اختبار فرعي ومتوسط الدرجة على الاختبارات. ونلمح في الجدول السابق النواحي التالية:

١ ـ نجد أن التشتت عن المتوسط موجباً لاختبارات المعلومات والفهم العام والاستدلال الحسابي والمفردات وتكميل الصور وتجميع الأشياء وسالباً على اختبارات إعادة الأرقام والمتشابهات وترتيب الصور ورسوم المكعبات ورموز الأرقام وذلك بالنسبة لأفراد المجموعة التجريبية من المرضى السيكوسوماتيين.

٢ ـ نجد أن التشتت عن المتوسط موجباً بالنسبة لاختبارات الفهم العام وتكميل الصور وتجميع الأشياء، وسالباً بالنسبة لإعادة الأرقام والاستدلال الحسابي والمتشابهات والمفردات وترتيب الصور ورسوم المكعبات ورموز الأرقام وذلك بالنسبة لأفراد المجموعة الضابطة من الأسوياء.

٣ ـ يلاحظ أنه بناءاً على ما قدمه وكسلر فإن التشتت في الجدول السابق سواء أكان موجباً أو سالباً يقل عن القاعدة التقريبية التي قدمها لتحديد مدى الدلالة وهي أن انحراف الدرجة الموزونة على أي اختبار عن متوسط الدرجة الموزونة على كل الاختبارات بمقدار درجتين موزونتين يكون بالتقريب نقطة قاطعة مناسبة (٧: ٧١).

ويوضح الجدول رقم (١٢) نمطاً آخر من أنماط الصفحة النفسية وهو القائم على أساس التشتت عن المفردات Vocabulary Scatter.

رقم	الاختبـــار	تشتت المفـردات	
		المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة
١	المعلومات	− ٠,٦٠	+ ٠,٣٣
٢	الفهم العام	− ١,١٣	+ ٢,٠٠
٣	إعادة الأرقام	− ٢,٠٦	+ ٠,٥٣
٤	الاستدلال الحسابي	− ٠,٧٣	+ ٠,٢٠
٥	المتشابهات	− ٢,٢٧	+ ٠,٤٠
٦	ترتيب الصـور	− ٢,٥٣	− ٠,٨٠
٧	تكميل الصـور	− ١,٨٠	+ ١,٠٧
٨	رسوم المكعبات	− ١,٨٠	+ ٠,٢٧

رقم	الاختبـــار	تشتت المفـردات	
		المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة
٩	تجميع الأشياء	− ٣٣ر١	+ ٣٣ر٢
١٠	رموز الأرقـام	− ٦٧ر١	− ٧٣ر٠

جدول رقم (١٢)

ويقدر التشتت عن المفردات كما في الجدول السابق على أساس الفروق بين الدرجة على كل اختبار فرعي والدرجة على اختبار المفردات وذلك على أساس أن الدرجة الأخيرة هي أحسن مقياس «للمستوى الأصلي الفرضي» للوظيفة العقلية للفرد والتي يمكن منها قياس التدهور في الوقت الحاضر ويلاحظ على الجدول رقم (١٢) النواحي الآتية.

١ ـ بالنسبة للمجموعة التجريبية نجد أن اختبارات إعادة الأرقام (ـ ٢,٠٦) والمتشابهات (ـ ٢,٢٧) وترتيب الصور (ـ ٢,٥٣) تنحرف انحرافاً سالباً دالاً عن المفردات وذلك حسب القاعدة التقريبية التي وضعها وكسلر كما أن باقي الاختبارات تنحرف جميعها انحرافاً سالباً لكن ليس دالاً.

٢ ـ بالنسبة للمجموعة الضابطة نجد أن اختبارات الفهم العام وتجميع الأشياء (الفهم العام (ـ ٢,٠٠، وتجميع الأشياء ـ ٢,٣٣) ينحرفان انحرافاً موجباً ودالاً عن المفردات وذلك حسب القاعدة التي وضعها وكسلر أيضاً كما أن باقي الاختبارات بعضها ينحرف انحرافاً موجباً مثل المعلومات وإعادة الأرقام والاستدلال الحسابي والمتشابهات وتكميل الصور ورسوم المكعبات. لكن هذا الانحراف كما هو واضح بالجدول غير دال وهناك اختباران فقط ينحرفان انحرافاً سالباً وهما ترتيب الصور ورموز الأرقام.

٢ ـ الأنماط الفردية:

تقوم الأنماط الفردية على أساس النسب المئوية للحالات التي تنحرف بمقادير مختلفة على اختبارات المقياس بالنسبة للمتوسط Mean بين فئة إكلينيكية وفئة سوية أخرى. ويمثل الجدول رقم (١٣) النسب المئوية لهذه الحالات بين المرضى السيكوسوماتيين والأسوياء ومتوسط النسبة المئوية على كل رمز من الرموز:

	—		— —		صفر		+		+ +	
الاختبار	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة
المعلومات	–	–	–	١٣٫٤	٥٣٫١٠	٦٠٫٣٠	٥٣٫١٠	١٣٫٤٠	–	–
الفهم العام	١٣٫٤٠	–	٦٫٧٠	٢٫١٠	٤٦٫٩٠	٢٦٫٨٠	٢٦٫٨٠	٢٦٫٨٠	٦٫٧٠	٢٦٫٨٠
إعادة أرقام	٢٫١٠	٦٫٧٠	١٣٫٤٠	١٣٫٤٠	٦٠٫٣٠	٦٠٫٣٠	–	٦٫٧٠	٦٫٧٠	١٣٫٤٠
استدلال حسابي	–	١٣٫٤٠	١٣٫٤٠	–	٤٦٫٩٠	٧٣٫٧٠	٢٦٫٨٠	٦٫٧٠	١٣٫٤٠	٦٫٧٠
متشابهات	١٣٫٤٠	١٣٫٤٠	٢٫١٠	١٣٫٤٠	٤٦٫٩٠	٤٠٫٢٠	٢٫١٠	٢٫١٠	–	١٣٫٤٠
مفردات	١٣٫٤٠	–	٦٫٧٠	٣٣٫٥٠	٤٦٫٩٠	٤٦٫٩٠	٢٦٫٨٠	٢٫١٠	٦٫٧٠	–
ترتيب صور	٦٫٧٠	٦٫٧٠	٣٣٫٥٠	٢٫١٠	٤٦٫٩٠	٥٣٫١٠	١٣٫٤٠	٦٫٧٠	–	١٣٫٤٠
تكميل صور	–	–	–	٢٦٫٨٠	٦٧٫٠	٦٧٫٠	٢٦٫٨٠	–	–	٢٫١٠
رسوم مكعبات	١٣٫٤٠	–	٣٣٫٥٠	٢٫١٠	٣٣٫٥٠	٤٦٫٩٠	٦٫٧٠	٢٫١٠	١٣٫٤٠	٦٫٧٠
تجميع أشياء	٢٦٫٨٠	–	٦٫٧٠	٦٫٧٠	٥٣٫١٠	٤٠٫٢٠	٦٫٧٠	٢٦٫٨٠	١٣٫٤٠	٢٦٫٨٠
رموز أرقام	١٣٫٤٠	٢٫١	٣٣٫٥٠	٢٦٫٨٠	٤٦٫٩٠	٤٦٫٩٠	٦٫٧٠	–	–	٦٫٧٠
متوسط النسبة المئوية	١١٫٢٠	٥٫٤٠	١٥٫٢٠	١٧٫٦٠	٤٩٫٨	٥١٫٠٠	١٩٫٤٠	١٣٫٤٠	٥٫٥٠	١٢٫٠٠

جدول رقم (١٣)

ومن خلال الجدول رقم (١٣) وباستخدام متوسط النسبة المئوية كأساس للإبقاء على الرمز نستطيع أن نكون نمط الصفحة النفسية لمجموعتي المرضى السيكوسوماتيين والأسوياء على النحو الآتي ونوضح بالجدول النسبة المئوية تحت كل رمز:

رقم	الاختبار	نمط الصفحة النفسية للمرضى السيكوسوماتية	نمط الصفحة النفسية للأسوياء
(١)	المعلومات	صفر + (٥٣,٦) (٥٣,٦)	صفر + (٦٠,٣) (١٣,٤)
(٢)	الفهم العام	+ -- ++ (٢٦,٨) (١٣,٤) (٦,٧)	++ + صفر - (٢٦,٨) (٢٦,٨) (٢٦,٨) (٢٠,١)
(٣)	إعادة الأرقام	صفر -- ++ (٦٠,٣) (٢٠,١) (٦,٧)	صفر ++ -- (٦٠,٣) (١٣,٤) (٦,٧)
(٤)	استدلال حسابي	+ ++ (٢٦,٨) (١٣,٤)	صفر (٧٣,٧) (١٣,٤)
(٥)	متشابهات	+ - -- (٢٠,١) (٢٠,١) (١٣,٤)	+ ++ -- (٢٠,١) (١٣,٤) (١٣,٤)
(٦)	مفردات	+ -- ++ (٢٦,٨) (١٣,٤) (٦,٧)	- + (٣٣,٥) (٢٠,١)
(٧)	ترتيب الصور	- (٣٣,٥)	صفر - ++ -- (٥٣,٦) (٢٠,١) (١٣,٤) (٦,٧)
(٨)	تكميل الصور	صفر + (٦٧) (٢٦,٨)	صفر - ++ (٦٧) (٢٦,٨) (٢٠,١)
(٩)	رسوم مكعبات	- صفر ++ -- (٣٣,٥) (٣٣,٥) (١٣,٤) (١٣,٤)	+ - (٢٠,١) (٢٠,١)
(١٠)	تجميع أشياء	صفر -- ++ (٥٣,٦) (٢٦,٨) (١٣,٤)	++ + (٢٦,٨) (٢٦,٨)

رقم	الاختبار	نمط الصفحة النفسية للمرضى	نمط الصفحة النفسية للأسوياء
(١١)	رموز أرقام	– – – (٥ر٣٣) (٤ر١٣)	– – – (٨ر٢٦) (١ر٢٠)

جدول رقم (١٤)

ويتضح من الجدول رقم (١٤) أن هناك اختبارات تنحرف درجة المرضى السيكوسوماتيين والأسوياء عليها انحرافاً موجباً وهناك اختبارات تنحرف درجة نفس المجموعتين عليها انحرافاً سالباً، وذلك على النحو الآتي:

١ ـ بالنسبة للمجموعة التجريبية:

(أ) يغلب انحراف الدرجة انحرافاً موجباً على اختبارات المعلومات والفهم والاستدلال الحسابي والمتشابهات والمفردات وتكميل الصور.

(ب) يغلب انحراف الدرجة انحرافاً سالباً على اختبارات إعادة الأرقام وترتيب الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء ورموز الأرقام.

٢ ـ بالنسبة للمجموعة الضابطة:

(أ) يغلب انحراف الدرجة انحرافاً موجباً على اختبارات الفهم العام وإعادة الأرقام والمتشابهات ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء.

(ب) يغلب انحراف الدرجة انحرافاً سالباً على اختبارات الاستدلال الحسابي والمفردات وترتيب الصور وتكميل الصور ورموز الأرقام.

ونلاحظ على ما جاء في ١، ٢ ما يلي:

١ ـ يغلب أن تكون الاختبارات التي تنحرف الدرجة فيها انحرافاً موجباً لدى المجموعة التجريبية هي الاختبارات التي تنحرف فيها الدرجة

انحرافاً سالباً في المجموعة الضابطة مثل اختبارات الاستدلال الحسابي والمفردات وتكميل الصور.

٢ ـ يغلب أن تكون الاختبارات التي تنحرف الدرجة فيها انحرافاً سالباً لدى المجموعة التجريبية هي الاختبارات التي تنحرف فيها الدرجة انحرافاً موجباً في المجموعة الضابطة مثل اختبارات إعادة الأرقام ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء.

٣ ـ هناك اختبارات تشترك من حيث اتجاه انحرافها لدى المجموعتين كاختبار المتشابهات والذي تنحرف الدرجة فيه انحرافاً موجباً في المجموعة التجريبية والضابطة.

٤ ـ هناك اختبارات تشترك من حيث اتجاه انحرافها السالب في المجموعتين كاختبار ترتيب الصور ورموز الأرقام والذي تنحرف الدرجة فيهما انحرافاً سالباً في المجموعة التجريبية والضابطة.

(د) قياس التدهور العقلي:

يعني بالتدهور الهبوط التدريجي في القدرة بتقدم السن واقترح وكسلر طريقة لتقدير التدهور العقلي أسماها طريقة «درجات الاختبارات الفارقة» وهي تستند إلى أن بعض القدرات تتدهو تدهوراً ضئيلاً بتقدم السن والبعض الآخر يتدهور تدهوراً كبيراً، وتفترض أن الفرق بين معدلي التدهور في الفرد المعين يمثل الدرجة النسبية للتدهور. ويعتبر وكسلر اختبارات المفردات والمعلومات وتجميع الأشياء وتكميل الصور من الاختبارات التي تقيس وظائف تتأثر تأثراً ضئيلاً بالتدهور أما اختبارات إعادة الأرقام والاستدلال الحسابي ورموز الأرقام ورسوم المكعبات فهي تتأثر تأثراً كبيراً بالتدهور. ولقد قمنا بحساب معادلة التناقص التي اقترحها:

$$\text{وكسلر لقياس التدهور} = \frac{\text{(مجـ الاختبارات الثابتة ـ مجـ الاختبارات الغير ثابتة)}}{\text{مجـ الاختبارات الثابتة}}$$

وذلك بالنسبة للمجموعتين فكان بالنسبة للتجريبية ١٢ ٪ وبالنسبة للضابطة ١١ ٪ (بدون تصحيح) وبحساب كا٢ بين النسبتين تبين أنها ٠,٠٤ أي أنه ليس هناك فرق له دالة إحصائية بينهما في التدهور العقلي.

٢ ـ مجموعة الجهاز المعدي معوي

(أ) المقارنة بين مرضى الجهاز المعدي معوي والأسوياء على الدرجات الموزونة ونسب الذكاء:

ويوضح الجدول رقم (١٥) المتوسطات والانحرافات المعيارية ودرجة اختبار «ت» ومستوى الدلالة واتجاه الفرق بين المجموعتين التجريبتين (مرضى الجهاز المعدي معوي) وبين الأسوياء.

رقم	الاختبار	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة	مستوى	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع	ت	الدلالة	
١	المعلومات	٧,٤٢	٠,٩١	٦,٨٥	١,٥٤	١,١٤	–	فى صالح التجريبية
٢	الفهم العام	٧,٨٥	١,٥٤	١٠,٠٠	٢,٢٣	٢,٧٩	٠,٠٥	« الضابطة
٣	إعادة الأرقام	٦,٢٨	٢,٠٥	٧,٨٥	صفر	٢,٨٠	٠,٠٥	« « «
٤	الاستدلال الحسابى	٦,٨٥	٢,٣٦	٧,١٤	٢,٥٣	٠,٣٠	–	« « «
٥	المتشابهات	٥,٧٢	١,٤٢	٦,٤٣	١,٨٦	١,١١	–	« « «
٦	المفردات	٧,٤٢	٠,٤٦	٦,٢٨	٠,٩٤	٣,٨٠	٠,٠١	فى صالح التجريبية
٧	ترتيب الصور	٥,٤٢	٥,١٥	٥,٥٥	١,٨٠	٠,١٦	–	فى صالح الضابطة
٨	تكميل الصور	٦,٧١	١,٨٩	٧,٧١	٢,٤٤	١,٢٣	–	« « «
٩	رسوم المكعبات	٦,٤٢	٣,٢٩	٧,٠٠	٣,٠٢	٠,٤٧	–	« « «
١٠	تجميع الأشياء	٦,٥٥	٢,٧٢	٨,١٤	٢,٧٤	١,٤٨	–	« « «
١١	رموز الأرقام	٥,٦٢	٢,٢٧	٦,٨٥	٢,٦٤	١,٢٩	–	« « «

رقم	الاختبار	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة ت	مستوى الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١٢	المقياس اللفظى	٤٢,٠٥	٥,١٥	٤٤,٧٩	٥,٣٠	١,٣٤	–	فى صالح الضابطة
١٣	المقياس العملى	٣١,٦٠	٩,٥٥	٣٦,٣٦	٨,٤٠	١,٣٩	–	» » »
١٤	المقياس الكلى	٧٢,٤٠	١٠,٠٠	٨٠,٥٠	١٣,٠٠	١,٧٢	–	» » »
١٥	نسبة الذكاء اللفظى	٨٦,١٠	٦,٠٠	٩١,٧٨	١٠,٥٠	١,٧٧	–	
١٦	نسبة الذكاء العملى	٨٦,١٠	١١,٦٠	٨٩,٩٠	٦,٤٠	١,٠٨	–	فى صالح الضابطة
١٧	نسبة الذكاء الكلية	٨٦,٢٠	٧,٠٠	٨٩,٢٠	٧,٠٠	١,٠٨	–	

جدول رقم (١٥)

ويتضح لنا من الجدول السابق المعالم الآتية:

١ ـ أن اختبارات الفهم العام وإعادة الأرقام والمفردات هي الاختبارات التي ميزت تمييزاً دالاً بين المجموعتين وأن مستوى الدلالة ٠,٠٥ بالنسبة للفهم وإعادة الأرقام، ٠,٠١ بالنسبة للمفردات.

٢ ـ أن اتجاه الفرق في الاختبارات المميزة السابقة الذكر ينقسم لقسمين الأول في صالح المجموعة التجريبية وذلك بالنسبة لاختبار المفردات والثاني في صالح المجموعة الضابطة وذلك بالنسبة لاختباري إعادة الأرقام والفهم العام.

٣ ـ أن الاختبارات الباقية غير المميزة تنقسم لقسمين، فيما يتعلق باتجاه الفرق الأول يتكون من اختبار المعلومات والفرق فيه في صالح

المجموعة التجريبية وإن كان فرقاً غير دال. والثاني يتكون من اختبارات الاستدلال الحسابي والمتشابهات وترتيب الصور وتكميل الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء ورموز الأرقام والفرق فيها في صالح المجموعة الضابطة.

٤ ـ أن الدرجة على المقياسين اللفظي والعملي والكلي بالنسبة للمجموعتين غير دالة واتجاه الفرق في صالح المجموعة الضابطة.

٥ ـ أن الفرق على نسب الذكاء المختلفة ليس دالاً بين المجموعتين واتجاه الفرق في صالح المجموعة الضابطة.

(ب) المقارنة بين نسبتي الذكاء اللفظي والعملي:

ولقد تبين من الجدول السابق أن الفرق بين المجموعتين غير دال فيما يتعلق بنسب الذكاء اللفظي والعملي ونسبة الذكاء الكلية ولقد بلغت قيمة «ت» بين المجموعتين فيما يتعلق بنسبة الذكاء اللفظي ١,٧٧ وبالنسبة للذكاء العملي ١,٠٨ وبالنسبة للذكاء الكلي ١,٠٨ ولقد كان الفرق غير الدال بين المجموعتين في صالح المجموعة الضابطة أي أن متوسط نسب الذكاء اللفظي والعملي أعلى في المجموعة الضابطة عنه في المجموعة التجريبية. وبحساب درجة «ت» بين نسبة الذكاء اللفظي ونسبة الذكاء العملي في كل مجموعة على حدة تبين لنا أنه ليس هناك فرق بالنسبة للمجموعة التجريبية إذ تصل قيمة «ت» صفر فالمتوسط في النسبتين واحد. كما أنه لا يوجد فرق دال أيضاً بين نسبة الذكاء اللفظي ونسبة الذكاء العملي بالنسبة للمجموعة الضابطة إذ تصل نسبة «ت» بينهما ٠,٥٣ وهي على هذا النحو ليست دالة إلا أن نسبة الذكاء اللفظي هي الأعلى من نسبة الذكاء العملي.

(جـ) تحليل نمط الصفحة النفسية:

١ ـ الأنماط الجمعية:

يمكن اعتبار الجدول السابق الخاص بالمقارنة بين مرضى الجهاز المعدي معوي وبين الأسوياء نمطان من أنماط الصفحة النفسية الجمعية أحدهما يمثل الصفحة النفسية لمرضى الجهاز المعدي معوي والآخر يمثل الصفحة النفسية للأسوياء. ويمثل الجدول رقم (١٦) نمط آخر من أنماط الصفحة النفسية والذي يقوم على أساس الانحراف عن المتوسط.

رقم	الاختبار	الانحراف عن المتوسط	
		مرض الجهاز المعدى معوى	مجموعة الأسوياء
١	المعلومات	+ ٠,٨٤	− ٠,٤٧
٢	الفهم العام	+ ١,٢٧	+ ٢,٦٨
٣	إعادة الأرقام	− ٠,٣٠	+ ٠,٥٣
٤	الاستدلال الحسابى	+ ٠,٢٧	− ٠,١٨
٥	المتشابهات	− ٠,٨٦	− ٠,٨٩
٦	المفردات	+ ٠,٨٤	− ٠,٠٤
٧	ترتيب الصور	− ١,١٦	− ١,٧٧
٨	تكميل الصور	+ ٠,١٣	+ ٠,٣٩
٩	رسوم المكعبات	− ٠,١٦	− ٠,٣٢
١٠	تجميع الأشياء	− ٠,٠٣	+ ٠,٨٢
١١	رموز الأرقام	− ١,١٦	− ٠,٤٧

جدول رقم (١٦)

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

١ ـ بالنسبة للمجموعة التجريبية نجد أن التشتت عن المتوسط موجباً بالنسبة لاختبارات المعلومات والفهم العام والاستدلال الحسابي والمفردات وتكميل الصور، وسالباً بالنسبة لاختبارات إعادة الأرقام والمتشابهات وترتيب الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء ورموز الأرقام. كما أنه لا يوجد انحراف من هذه الانحرافات ذا دلالة حسب قاعدة وكسلر التقريبية.

٢ ـ بالنسبة للمجموعة الضابطة نجد أن التشتت عن المتوسط موجباً بالنسبة لاختبارات الفهم العام وإعادة الأرقام وتكميل الصور وتجميع الأشياء، وسالباً بالنسبة لاختبارات المعلومات والاستدلال الحسابي والمتشابهات والمفردات وترتيب الصور ورسوم المكعبات ورموز الأرقام. والانحراف الوحيد الدال هو الخاص باختبار الفهم العام.

٣ ـ يلاحظ أن هناك اختبارات تشترك في خاصية اتجاه الانحراف وذلك بالنسبة للمجموعتين فاختبار الفهم العام موجب الانحراف في المجموعتين كذلك اختبار تكميل الصور، وأيضاً اختبارات المتشابهات وترتيب الصور ورسوم المكعبات ورموز الأرقام فهي سالبة الانحراف في المجموعتين.

ويوضح لنا الجدول رقم (١٧) نمطاً من أنماط الصفحة النفسية وهو القائم على أساس التشتت عن المفردات:

رقم	الاختبار	تشتت المفردات	
		مرض الجهاز المعدى معوى	مجموعة الأسوياء
١	المعلومات	صفر	+ ٠,٥٧
٢	الفهم العام	+ ٠,٤٣	+ ٣,٧٢
٣	إعادة الأرقام	− ١,١٤	+ ١,٥٧
٤	الاستدلال الحسابي	− ٠,٥٧	+ ٠,٨٦
٥	المتشابهات	− ١,٧٠	+ ٠,١٥
٦	ترتيب الصور	− ٢,٠٠	− ٠,٧٣
٧	تكميل الصور	− ٠,٧١	− ١,٤٣
٨	رسوم المكعبات	− ١,٠٠	+ ٠,٧٢
٩	تجميع الأشياء	− ١,٨٧	− ١,٨٦
١٠	رموز الأرقام	− ١,٨٠	+ ٠,٥٧

جدول رقم (١٧)

ويتضح لنا من الجدول رقم (١٧) ما يلي:

١ ـ بالنسبة للمجموعة التجريبية: نجد أن اختبار ترتيب الصور هو الاختبار الذي ينحرف انحرافاً دالاً (− ٢,٠٠) سالباً وباقي الاختبارات تنحرف في نفس الاتجاه السالب ما عدا اختباري المعلومات فانحرافه صفر واختبار الفهم العام فانحرافه موجب (+ ٠,٤٣).

٢ ـ بالنسبة للمجموعة الضابطة: نجد أن اختبار الفهم العام هو الاختبار الوحيد الذي ينحرف انحرافاً دالاً وموجباً (+ ٣,٧٢) كما أن باقي الاختبارات تنحرف انحرافاً موجباً ما عدا اختباري ترتيب الصور وتكميل الصور فينحرفان انحرافاً سالباً (− ٠,٧٣، − ١,٤٣).

٢ ـ الأنماط الفردية:

سبق أن أوضحنا المقصود بالأنماط الفردية أثناء عرضنا للأنماط الفردية في المجموعة الكلية. ويوضح الجدول رقم (١٨) النسب المئوية للحالات التي تنحرف على الاختبارات بالنسبة لرموز التشخيص في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

	- -		-		صفر		+		+ +	
الاختبار	التجريبية	الضابطة	التجريبية	الضابطة	التجريبية	الضابطة	التجريبية	الضابطة	التجريبية	الضابطة
المعلومات	—	—	—	١٣ر٤٠	٥٣ر٦٠	٦٠ر٣٠	٥٣ر٦٠	١٣ر٤٠	—	—
الفهم العام	١٣ر٤٠	—	٦ر٧٠	٢٠ر١٠	٤٦ر٩٠	٢٦ر٨٠	٢٦ر٨٠	٢٦ر٨٠	٦ر٧٠	٢٦ر٨٠
إعادة أرقام	٢٠ر١٠	٦٠ر٧٠	١٣ر٤٠	١٣ر٤٠	٦٠ر٣٠	٦٠ر٣٠	—	٦ر٧٠	٦ر٧٠	١٣ر٤٠
استدلال حسابي	—	١٣ر٤٠	١٣ر٤٠	—	٤٦ر٩٠	٧٣ر٧٠	٢٦ر٨٠	٦ر٧٠	١٣ر٤٠	٦ر٧٠
متشابهات	١٣ر٤٠	١٣ر٤٠	٢٠ر١٠	١٣ر٤٠	٤٦ر٩٠	٤٠ر٢٠	٢٠ر١٠	٢٠ر١٠	—	١٣ر٤٠
مفردات	١٣ر٤٠	—	٦ر٧٠	٣٣ر٥٠	٤٦ر٩٠	٤٦ر٩٠	٢٦ر٨٠	٢٠ر١٠	٦ر٧٠	—
ترتيب صور	٦ر٧٠	٦ر٧٠	٣٣ر٥٠	٢٠ر١٠	٤٦ر٩٠	٥٣ر٦٠	١٣ر٤٠	٦ر٧٠	—	١٣ر٤
تكميل صور	—	—	—	٢٦,٨٠	٦٧,٠	٦٧,٠	٢٦,٨٠	—	—	٢٠,١٠
رسوم مكعبات	١٣,٤	—	٣٣,٥٠	٢٠,١٠	٣٣,٥٠	٤٦,٩٠	٦,٧٠	٢٠,١٠	١٣,٤٠	٦,٧٠
تجميع أشياء	٢٦,٨٠	—	٦,٧٠	٠٦,٦٠	٥٣,٦٠	٤٠,٢٠	٦,٧٠	٢٦,٨٠	١٣,٠	٢٦,٨٠
رموز أرقام	١٣,٤٠	٢٠,١	٣٣,٥٠	٢٦,٨٠	٤٦,٩٠	٤٦,٩٠	٦,٧٠	—	—	٦,٧٠
متوسط النسبة المئوية	١١,٢٠	٥,٤٠	١٥,٢٠	١٧,٦٠	٤٩,٨	٥١,٠٠	١٩,٤٠	١٣,٤٠	٥,٥٠	١٢,٠٠

جدول رقم (١٨)

ومن خلال الجدول رقم (١٨) وباستخدام متوسط النسبة المئوية كأساس نستطيع أن نكون نمطي الصفحة النفسية الآتي بالجدول رقم (١٩) لكل من مجموعة مرضى الجهاز المعدي معوي والأسوياء.

رقم	الاختبار	نمط الصفحة النفسية لمرضى القلب والأوعية	نمط الصفحة النفسية للأسوياء
١	المعلومات	+ (٢٦,٨)	صفر (٤٠,٢)
٢	الفهم العام	صفر − + (٣٣,٥) (٦,٧)	+ + (٢٠,١)
٣	إعادة الأرقام	صفر − − (٣٣,٥) (٦,٧)	+ + + − (٦,٧) (٦,٧) (٦,٧)
٤	استدلال حسابي	− + + (١٣,٤) (٦,٧)	صفر (٤٦,٩)
٥	المتشابهات	− (٢٠ر١)	+ + + − − − (٦ر٧) (٦ر٧) (٦ر٧) (٦ر٧)
٦	المفردات	صفر + (٢٦ر٨) (١٣ر٤)	− + (١٣ر١٤) (٦ر٧)
٧	ترتيب الصور	− صفر (٢٦ر٨) (١٣ر٤)	− + − − (١٣ر٤) (٦ر٧) (٦ر٧)
٨	تكميل الصور	صفر − (٤٠ر٢) (١٣ر٤)	+ + (٦ر٧)
٩	رسوم المكعبات	صفر + + − − (٢٦ر٨) (٦ر٧) (٦ر٧)	+ + + − (٦ر٧) (٦ر٧) (٦ر٧)
١٠	تجميع الأشياء	− − + + (٢٦ر٨) (٦ر٧)	+ + + (٦ر٧) (٦ر٧)
١١	رموز الأرقام	− − − (٢٦ر٨) (١٣ر٤)	+ + − − − (٦ر٧) (٦ر٧) (٦ر٧)

جدول رقم (١٩)

ويتضح من الجدول السابق الخصائص والعلامات الآتية:

(أ) بالنسبة للمجموعة التجريبية (مرضى الجهاز المعدي معوي):

١ ـ إن الاختبارات الآتية تنحرف الدرجة فيها انحرافاً سالباً وهي إعادة الأرقام والاستدلال الحسابي والمتشابهات وترتيب الصور وتكميل الصور وتجميع الأشياء ورموز الأرقام أي حوالي ٦٥ ٪ من عدد الاختبارات.

٢ ـ إن الاختبارات الآتية تنحرف الدرجة فيها انحرافاً موجباً وهي المعلومات والفهم العام والمفردات ورسوم المكعبات أي ما يقرب من ٣٥ ٪ من عدد الاختبارات.

(ب) بالنسبة للمجموعة الضابطة (الأسوياء):

١ ـ إن اختبارات الفهم العام ورموز الأرقام والمتشابهات وتكميل الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء ورموز الأرقام تنحرف الدرجة فيها انحرافاً موجباً أي حوالي ٦٥ ٪ من عدد الاختبارات.

٢ ـ إن اختبارات المفردات وترتيب الصور تنحرف الدرجة فيها انحرافاً سالباً أي حوالي ٢٢ ٪ من عدد الاختبارات.

(جـ) يلاحظ على ما جاء في أ، ب ما يلي:

١ ـ أن كثيراً من الاختبارات التي تنحرف الدرجة فيها انحرافاً سالباً في المجموعة التجريبية تنحرف الدرجة فيها انحرافاً موجباً في المجموعة الضابطة مثل اختبارات إعادة الأرقام والمتشابهات وتكميل الصور وتجميع الأشياء ورموز الأرقام.

٢ ـ أن اختباراً واحداً من الاختبارات التي تنحرف الدرجة فيها انحرافاً موجباً في المجموعة التجريبية تنحرف فيها الدرجة انحرافاً سالباً في المجموعة الضابطة كاختبار المفردات.

٣ ـ أن هناك اختبارات تنحرف فيها الدرجة انحرافاً موجباً في المجموعة التجريبية وتنحرف أيضاً انحرافاً موجباً في المجموعة الضابطة كاختبار الفهم العام ورسوم المكعبات.

٤ ـ أن اختبار ترتيب الصور هو الاختبار الوحيد الذي تنحرف فيه الدرجة انحرافاً سالباً في المجموعتين.

(د) قياس التدهور العقلي:

بحساب الفرق بين المجموعتين في النسبة المئوية للتناقص، باستخدام مقياس كا^2 (النسبة المئوية للتناقص في التجريبية ١١ ٪ وفي الضابطة ١ ٪) بلغت قيمة كا^2 ٨,٣٢، كان الفرق دالاً إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ (١: ٥٣٤، ٥٣٥).

٣ ـ مجموعة القلب والأوعية الدموية

(أ) المقارنة بين مرضى القلب والأوعية الدموية والأسوياء على الدرجات الموزونة ونسب الذكاء:

ويوضح الجدول رقم (٢٠) متوسط الانحراف المعياري ودرجة اختبار «ت» ومستوى الدلالة بين المجموعتين:

رقم	الاختبار	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة ت	مستوى الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١	المعلومات	٧,٢٥	٠,٨٣	٦,٨٧	٢,٢٢	٠,٦٣	–	فى صالح التجريبية
٢	الفهم العام	٥,٨٧	٢,٥٨	٧,٢٥	٢,٥٨	١,٣٤	–	
٣	إعادة الأرقام	٧,٥٩	٢,١٢	٦,٨٧	٢,٨٦	١,٢٥	–	« « الضابطة
٤	الاستدلال الحسابى	٧,٥٠	١,٨٠	٦,٢٥	٣,٣١	١,٣١	–	« «التجريبية
٥	المتشابهات	٥,٦٢	١,٦٠	٧,٣٧	٢,٣٤	٢,٤٣	٠,٠٥	« « الضابطة
٦	المفردات	٨,٣٧	٣,٤٠	٦,٧٥	١,٣٠	١,٧٠	–	« « التجريبية
٧	ترتيب الصور	٥,٣٨	٢,٤٠	٧,١٢	٣,٥٨	١,٥٦	–	« « الضابطة
٨	تكميل الصور	٧,٥٠	١,٣٢	٧,٥٠	٢,٤٠	صفر	–	–
٩	رسوم المكعبات	٥,٨٧	٣,١٥	٦,٦٢	٢,٣٤	٠,٧٢	–	فى صالح الضابطة
١٠	تجميع الأشياء	٦,٧٢	٣,٢٥	٩,٥٠	٢,٣٩	٣,٢٥	٠,٠١	« « «
١١	رموز الأرقام	٧,١٢	٤,٤٠	٤,٧٥	١,٩٥	١,٩١	–	« « تجريبية
١٢	المقياس اللفظى	٤١,٥٠	٥,٥٥	٤٢,٢٥	٧,٨٠	٠,٣١	–	فى صالح الضابطة
١٣	المقياس العملى	٣٤,٥٠	١٤,٧٠	٣٧,٠٠	٨,٦٠	٠,٥٦	–	« « «
١٤	المقياس الكلى	٧٣,٠٠	١٧,٣٠	٧٧,٧٠	١٦,٥٠	٠,٧٧	–	« « «
١٥	نسبة الذكاء اللفظى	٨٨	٩,٧٦	٨٨	٨,٨٨	صفر	–	–
١٦	نسبة الذكاء العملى	٩٠,٨٧	٢٢,٣٥	٩٢,١٢	١٠,٥٠	٠,٢٠	–	فى صالح الضابطة
١٧	نسبة الذكاء العملى	٨٤,٠٠	١١,١٠	٨٦,٥٠	٩,٠٠	٠,٦٩	–	« « «

جـدول رقم (٢٠)

ويتضح لنا من الجدول السابق الخصائص الآتية:

١ ـ أن اختباري المتشابهات وتجميع الأشياء يميزان تمييزاً دالاً بين المرضى والأسوياء حيث يميز الأول عند مستوى دلالة ٠,٠٥ في صالح المجموعة الضابطة بينما يميز الثاني عند مستوى ٠,٠١ وفي صالح الضابطة أيضاً.

٢ ـ أن اتجاه الفرق في باقي الاختبارات ينقسم إلى قسمين أحدهما في صالح الضابطة والآخر في صالح التجريبية فأما الاختبارات التي يتجه الفرق فيها لصالح الضابطة فهي اختبارات الفهم العام وإعادة الأرقام والمتشابهات وترتيب الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء أما الاختبارات التي يتجه الفرق فيها لصالح المجموعة التجريبية فهي اختبارات المعلومات والاستدلال الحسابي والمفردات ورموز الأرقام.

٣ ـ أن الدرجة الموزونة على المقياس اللفظي والعملي والكلي يتجه الفرق فيها لأن يكون في صالح المجموعة الضابطة كذلك الفرق على نسبة الذكاء العملي ونسبة الذكاء الكلي.

٤ ـ أن الفرق في اختبار تكميل الصور ونسبة الذكاء اللفظي فرق صفري لا يتجه المتوسط فيهما لأن يكون في صالح أي المجموعتين.

(ب) المقارنة بين نسبتي الذكاء اللفظي والعملي:

ولقد تبين من الجدول (٢٠) أن الفرق بين المجموعتين غير دال فيما يتعلق بنسب الذكاء اللفظي والعملي والنسبة الكلية ولقد بلغت قيمة «ت» بين المجموعتين فيما يتعلق بنسبة الذكاء اللفظي صفر وبالنسبة للذكاء العملي ٠,٢٠ وبالنسبة للذكاء الكلي ٠,٦٩ ولقد كان الفرق غير الدال بين المجموعتين في صالح الضابطة فيما يتعلق بنسبة الذكاء العملي ونسبة الذكاء الكلي أما فيما يتعلق بنسبة الذكاء اللفظي فقد كان صفرياً أي لم يكن المتوسط في أحدهما يزيد بأي درجة عن المتوسط في الأخرى. وتتجه نسبة الذكاء العملي في كلا المجموعتين إلى الارتفاع عن نسبة الذكاء اللفظي وهذا يتمشى مع ما توصلت إليه البحوث المختلفة (٥: ١). وبحساب

درجة «ت» بين نسبة الذكاء اللفظي والعملي في كل مجموعة على حدة كان الفرق في المجموعتين غير دال إذ وصلت درجة اختبار «ت» بين نسبة الذكاء العملي ونسبة الذكاء اللفظي في المجموعة التجريبية ٠,٤٣ كما كانت درجة اختبار «ت» بين نسبة الذكاء العملي ونسبة الذكاء اللفظي في المجموعة الضابطة ١,١١ وهاتين الدرجتين ـ كما سبق أن أوضحنا ـ غير دالتين.

(جـ) تحليل نمط الصفحة النفسية:

١ ـ الأنماط الجمعية:

في جدول المقارنة السابق بين مرض القلب والأوعية الدموية وبين الأسوياء على الدرجات الموزونة ونسب الذكاء، نجد نمطان من أنماط الصفحة النفسية الأول نمط الصفحة النفسية لمرضى القلب والثاني نمط الصفحة النفسية للأسوياء. ويمثل الجدول رقم (٢١) نمط آخر من أنماط الصفحة النفسية:

رقم	الاختبار	الانحراف عن المتوسط	
		مرضى القلب	الأسوياء
١	المعلومات	+ ٠,٥٩	− ٠,٧٧
٢	الفهم العام	− ٠,٧٩	− ٠,٣٨
٣	إعادة الأرقام	− ١,١٦	− ٠,٧٦
٤	الاستدلال الحسابي	+ ٠,٨٤	− ١,٣٨
٥	المتشابهات	− ١٠,٤	− ٠,٢٦
٦	المفردات	+ ١,٧١	− ٠,٨٨
٧	ترتيب الصور	− ١,٢٨	− ٠,٥١
٨	تكميل الصور	+ ٠,٨٤	− ٠,١٣
٩	رسوم المكعبات	− ٠,٥٩	− ١,٠١

رقم	الاختبار	الانحراف عن المتوسط	
		مرضى القلب	الأسوياء
١٠	تجميع الأشياء	− ٥٤ر.	+ ١٫٨٧
١١	رموز الأرقام	+ ٤٦ر.	− ٢٫٨٨

جدول رقم (٢١)

ويلاحظ على الجدول السابق ما يلي:

١ ـ بالنسبة للمجموعة التجريبية نجد أن التشتت عن المتوسط موجباً بالنسبة لاختبارات المعلومات والاستدلال الحسابي والمفردات وتكميل الصور ورموز الأرقام. كما أن التشتت عن المتوسط سالباً بالنسبة لاختبارات الفهم العام وإعادة الأرقام والمتشابهات وترتيب الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء.

٢ ـ بالنسبة للمجموعة الضابطة نجد أن التشتت عن المتوسط موجباً بالنسبة لاختبار تجميع الأشياء فقط وسالباً على باقي الاختبارات.

٣ ـ يلاحظ على ما جاء في ١، ٢ أن الاختبار الوحيد الذي ينحرف انحرافاً موجباً في المجموعة الضابطة (تجميع الأشياء) ينحرف انحرافاً سالباً في التجريبية.

ويبين لنا الجدول رقم (٢٢) نمطاً آخر أيضاً من أنماط الصفحة النفسية وهو القائم على أساس تشتت المفردات:

رقم	الاختبار	التشتت عن المفردات	
		مرض القلب	الأسوياء
١	المعلومات	− ١٫١٢	+ ١٢ر.
٢	الفهم العام	− ٢٫٥٠	+ ٥٠ر.

رقم	الاختبار	التشتت عن المفردات	
		مرض القلب	الأسوياء
٣	إعادة الأرقام	− ٢,٨٧	+ ٠,١٢
٤	الاستدلال الحسابي	− ٠,٨٧	− ٠,٥٠
٥	المتشابهات	− ٢,٧٥	+ ٠,٦٢
٦	ترتيب الصور	− ٢,٩٩	+ ٠,٣٧
٧	تكميل الصور	− ٠,٨٧	+ ٠,٧٥
٨	رسوم المكعبات	− ٣,٥٠	− ٠,١٣
٩	تجمع الأشياء	− ٢,٢٥	+ ٢,٧٥
١٠	رموز الأرقام	− ١,٢٥	− ٢,٠٠

جدول رقم (٢٢)

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

١ ـ بالنسبة للمجموعة التجريبية: نجد أن اختبارات الفهم العام وإعادة الأرقام والمتشابهات وترتيب الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء تنحرف عن المفردات انحرافاً دالاً وسالباً وباقي الاختبارات تنحرف انحرافاً سالباً.

٢ ـ بالنسبة للأسوياء: نجد أن اختباري تجميع الأشياء ورموز الأرقام هي الاختبارات التي تنحرف عن المفردات انحرافاً دالاً والأول ينحرف انحرافاً موجباً والثاني ينحرف انحرافاً سالباً. أما باقي الاختبارات فانحرافها غير دال لكن تنقسم لقسمين فيما يتعلق باتجاه الانحراف. فاختبارات المعلومات والفهم العام وإعادة الأرقام والمتشابهات وترتيب الصور وتكميل الصور تنحرف انحرافاً موجباً بينما تنحرف اختبارات الاستدلال

الحسابي ورسوم المكعبات انحرافاً سالباً.

٣ ـ يلاحظ أن اختبار تجميع الأشياء الذي ينحرف انحرافاً دالاً. موجباً بالنسبة للأسوياء ينحرف أيضاً انحرافاً دالاً لكن سالباً.

٤ ـ يلاحظ كذلك أن الاختبارات التي تنحرف انحرافاً دالاً وسالباً في المجموعة التجريبية تنحرف انحرافاً موجباً لكن غير دال في المجموعة الضابطة فيما عدا اختبار رسوم المكعبات.

٢ ـ الأنماط الفردية:

يوضح الجدول رقم (٢٣) النسب المئوية للحالات التي تنحرف على الاختبارات بالنسبة لرموز التشخيص في المجموعة التجريبية والضابطة:

		− −		−		صفر		+		+ +	
رقم	الاختبار	تجريبية	ضابطة	تجريبية	ضابطة	تجريبية	ضابطة	تجريبية	ضابطة	تجريبية	ضابطة
١	المعلومات	−	−	−	١٣,٤	٣٣,٥	٢٦,٨	٢٠,١	١٣,٤	−	−
٢	الفهم العام	١٣,٤	−	٦,٧	٢٠,١	١٣,٤	١٣,٤	٢٠,١	١٣,٤	−	٦,٧
٣	إعادة الأرقام	١٣,٤	٦,٧	٦,٧	٦,٧	٢٦,٨	٣٣,٥	−	−	٦,٧	٦,٧
٤	استدلال حسابي	−	١٣,٤	—	٢٦,٨	٢٦,٨	٢٠,١	٦,٧	٦,٧	٦,٧	
٥	متشابهات	١٣,٤	٦,٧	−	٦,٧	٢٦,٨	٢٠,١	١٣,٤	١٣,٤	−	٦,٧
٦	مفردات	١٣,٤	−	−	٢٠,١	٢٠,١	٢٠,١	١٣,٤	١٣,٤	٦,٧	−
٧	ترتيب صور	٦,٧	−	٦,٧	٦,٧	٣٣,٥	٣٣,٥	٦,٧	−	−	١٣,٤
٨	تكميل صور	−	−	−	١٣,٤	٣٣,٥	٣٣,٥	٢٠,١	−	−	١٣,٤
٩	رسوم المكعبات	٦,٧	−	٢٦,٨	١٣,٤	٦,٧	٢٦,٨	٦,٧	١٣,٤	٦,٧	−
١٠	تجميع أشياء	١٣,٤	−	٦,٧	٦,٧	٢٠,٨	٦,٧	−	٢٠,١	٦,٧	٢٠,١
١١	رموز الأرقام	٦,٧	١٣,٤	٦,٧	٢٠,١	٣٣,٥	٢٠,١	٦,٧	−	−	−
	متوسط النسبة المئوية	٧,٩	٣,٦	٥,٤	١١,٥	٢٥	٢٣,٧	١١,٦	٨,٥	٣	٦,٧

جدول رقم (٢٣)

ومن خلال الجدول رقم (٢٣) وباستخدام متوسط النسبة المئوية كأساس نستطيع أن نكون نمطي الصفح الآتي بالجدول رقم (٢٤) لكل من مجموعة مرضى القلب والأوعية الدموية والأسوياء.

رقم	الاختبار	نمط الصفحة النفسية لمرضى القلب والأوعية	نمط الصفحة النفسية للأسوياء
١	المعلومات	صفر + (٣٣,٥) (٢٠,١)	صفر + - (٢٦,٨) (١٣,٤) (١٣,٤)
٢	للفهم العام	+ - - - (٢٠,١) (١٣,٤) (٦,٧)	- صفر + ++ (٢٠,١) (١٣,٤) (١٣,٤) (٦,٧)
٣	إعادة الأرقام	صفر - - - + + (٢٦,٨) (١٣,٤) (٦,٧) (٦,٧)	صفر ++ - - (٣٣,٥) (٦,٧) (٦,٧)
٤	الاستدلال الحسابي	صفر + + + (٢٦,٨) (٢٠,١) (٦,٧)	صفر - - + + (٢٦,٨) (١٣,٤) (٦,٧)
٥	المتشابهات	صفر + - - (٢٦,٨) (١٣,٤) (١٣,٤)	+ ++ - - (١٣,٤) (٦,٧) (٦,٧)
	المفردات	+ - - ++ (١٣,٤) (١٣,٤) (٦,٧)	- + (٢٠,١) (١٣,٤)
	ترتيب الصور	صفر - (٣٣,٥) (٦,٧)	صفر + + (٣٣,٥) (١٣,٤)
٨	تكميل الصور	صفر - (٣٣,٥) (٦,٧)	صفر - + + (٣٣,٥) (١٣,٤) (١٣,٤)
٩	رسوم المكعبات	- + + (٢٦,٨) (٦,٧)	صفر + - (٢٦,٨) (١٣,٤) (١٣,٤)
١٠	تجميع الأشياء	- - - + + (١٣,٤) (٦,٧) (٦,٧)	++ + (٢٠,١) (٢٠,١)

رقم	الاختبار	نمط الصفحة النفسية لمرضى القلب والأوعية	نمط الصفحة النفسية للأسوياء
١١	رموز الأرقام	صفر – (٣٣,٥) (٦,٧)	(٢٠.١) (١٣.٤)

جدول رقم (٢٤)

ويتضح من الجدول رقم (٢٤) الخصائص الآتية:

(أ) بالنسبة للمجموعة التجريبية مرضى القلب والأوعية الدموية:

١ ـ أن الاختبارات التي تنحرف الدرجة فيها انحرافاً سالباً هي إعادة الأرقام وترتيب الصور وتكميل الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء ورموز الأرقام أي حوالي ٥٤ ٪ من عدد الاختبارات.

٢ ـ أن الاختبارات التي تنحرف الدرجة فيها انحرافاً موجباً هي المعلومات والفهم العام والاستدلال الحسابي والمتشابهات والمفردات أي حوالي ٤٦ ٪ من عدد الاختبارات.

(ب) بالنسبة للمجموعة الضابطة الأسوياء:

١ ـ أن الاختبارات التي تنحرف الدرجة فيها انحرافاً موجباً هي المعلومات وإعادة الأرقام والمتشابهات وترتيب الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء أي ٥٤ ٪ من عدد الاختبارات.

٢ ـ أن الاختبارات التي تنحرف الدرجة فيها انحرافاً سالباً هي الفهم العام والاستدلال الحسابي والمفردات وتكميل الصور ورموز الأرقام.

(جـ) يلاحظ على ما جاء في أ، ب ما يلي:

١ ـ أن كثيراً من الاختبارات التي تنحرف فيها الدرجة انحرافاً موجباً

في المجموعة التجريبية تنحرف الدرجة فيها انحرافاً سالباً في المجموعة الضابطة مثل اختبارات الفهم العام، والاستدلال الحسابي والمفردات وتكميل الصور.

٢ ـ أن كثيراً أيضاً من الاختبارات التي تنحرف فيها الدرجة انحرافاً سالباً في المجموعة التجريبية تنحرف الدرجة فيها انحرافاً موجباً في المجموعة الضابطة كاختبارات إعادة الأرقام وترتيب الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء.

٣ ـ أن هناك اختبارات تنحرف فيها الدرجة في المجموعتين انحرافاً موجباً كاختبارات المعلومات والمتشابهات. وأن هناك اختبارات تنحرف فيها الدرجة في المجموعتين انحرافاً سالباً كاختبار رموز الأرقام.

(د) قياس التدهور:

بحساب الفرق بين المجموعتين في النسبة المئوية للتناقص، باستخدام مقياس كا^{2} (النسبة المئوية للتناقص في المجموعة التجريبية ١١ ٪ وفي الضابطة ٢٠ ٪) وصلت قيمة كا^{2} ٢,٦٠ وهو فرق غير دال إحصائياً.

ملخص نتائج الدراسة والتي سيتم تفسيرها

أولاً ـ بالنسبة للمجموعة الكلية

(١) المقارنة بين المرضى السيكوسوماتيين والأسوياء على الدرجات الموزونة ونسب الذكاء:

١ ـ تميز اختبارات الفهم العام والمتشابهات والمفردات وتجميع الأشياء بين المجموعتين تمييزاً دالاً وفي صالح المجموعة الضابطة ما عدا المفردات فهو في صالح المجموعة التجريبية.

٢ ـ ترتفع متوسط الدرجة على اختبارات إعادة الأرقام وترتيب الصور وتكميل الصور ورسوم المكعبات ارتفاعاً غير دال وفي صالح المجموعة

الضابطة. ويرتفع المتوسط ارتفاعاً غير دال على اختبارات المعلومات والاستدلال الحسابي ورموز الأرقام في صالح المجموعة التجريبية.

٣ - يرتفع المتوسط على المقياس اللفظي والعملي والكلي ارتفاعاً غير دال وفي صالح المجموعة الضابطة.

٤ - يرتفع متوسط نسب الذكاء اللفظية والعملية والكلية ارتفاعاً غير دال وفي صالح المجموعة الضابطة.

(ب) المقارنة بين نسبتي الذكاء اللفظي والعملي:

١ - الفرق بين المجموعتين غير دال ويتجه المتوسط إلى الارتفاع في الضابطة.

٢ - الفرق بين النسبتين في كل مجموعة على حدة غير دال أيضاً. ولقد كان الفرق في المجموعة التجريبية في صالح نسبة الذكاء اللفظي وفي المجموعة الضابطة في صالح الذكاء العملي.

(جـ) تحليل نمط الصفحة النفسية:

١ - (أ): **بالنسبة للأنماط الجمعية (التشتت عن المتوسط)**: لم نجد في المقارنة بين نمط الصفحة النفسية للمجموعة التجريبية بنمط الصفحة النفسية للمجموعة الضابطة انحرافات ذات دلالة حسب القاعدة التقريبية التي وضعها وكسلر.

١ - (ب): **بالنسبة للأنماط الجمعية (التشتت عن المفردات):**

(أ) في المجموعة التجريبية انحرفت اختبارات إعادة الأرقام والمتشابهات وترتيب الصور انحرافاً سالباً ودالاً حسب قاعدة وكسلر التقريبية وهو أن يصل الفرق أو الانحراف لدرجتين.

(ب) في المجموعة الضابطة انحرفت اختبارات الفهم العام وتجميع الأشياء انحرافاً موجباً ودالاً.

٢ ـ بالنسبة للأنماط الفردية:

(أ) كانت الاختبارات التي انحرفت الدرجة فيها انحرافاً موجباً في المجموعة الضابطة ولم تنحرف عليها الدرجة في نفس الاتجاه في المجموعة التجريبية هي اختبارات إعادة الأرقام ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء. كما أن الاختبارات التي انحرفت الدرجة فيها انحرافاً سالباً في المجموعة الضابطة ولم تنحرف عليها الدرجة في نفس الاتجاه في المجموعة التجريبية هي اختبارات الاستدلال الحسابي والمفردات وتكميل الصور.

(ب) كانت الاختبارات التي انحرفت الدرجة فيها انحرافاً موجباً في المجموعة التجريبية ولم تنحرف عليها الدرجة في نفس الاتجاه في المجموعة الضابطة هي اختبارات المعلومات والاستدلال الحسابي والمفردات وتكميل الصور. كما أن الاختبارات التي انحرفت الدرجة فيها انحرافاً سالباً في المجموعة التجريبية ولم تنحرف عليها الدرجة في نفس الاتجاه في المجموعة الضابطة هي اختبارات إعادة الأرقام ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء.

(جـ) يلاحظ بالنسبة للأنماط الفردية أن المجموعتين تتفقان في انحرافها انحرافاً موجباً بالنسبة للاختبار المتشابهات، وفي انحرافهما انحرافاً سالباً بالنسبة لاختباري الصور ورموز الأرقام.

(د) قياس التدهور:

لم يكن هناك فرقاً دالاً في النسبة المئوية للتناقص بالنسبة للمجموعتين وإن كانت النسبة المئوية في المجموعة التجريبية ١٢ ٪ أعلى منها في الضابطة ١١ ٪ إلا أنه ليس ارتفاعاً يؤخذ به في التفسير.

ثانياً ـ بالنسبة لمجموعة الجهاز المعدي معوي

(أ) المقارنة بين مرضى الجهاز المعدي معوي والأسوياء بالنسبة للدرجات الموزونة ونسب الذكاء:

١ ـ تميز اختبارات الفهم وإعادة الأرقام والمفردات بين المجموعتين تمييزاً دالاً وكلها في صالح المجموعة الضابطة ما عدا اختبار المفردات فهو في صالح المجموعة التجريبية.

٢ ـ يرتفع المتوسط ارتفاعاً غير دال على اختبارات الاستدلال الحسابي والمتشابهات وترتيب الصور وتكميل الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء ورموز الأرقام وذلك في صالح المجموعة الضابطة.

٣ ـ يرتفع المتوسط ارتفاعاً غير دال على اختبارات المعلومات فقط وذلك في صالح المجموعة التجريبية.

٤ ـ يرتفع المتوسط على المقياس اللفظي والعملي والكلي ارتفاعاً غير دال وذلك في صالح المجموعة الضابطة.

(ب) المقارنة بين نسبتي الذكاء اللفظي والعملي:

١ ـ ارتفع متوسط نسبة الذكاء اللفظي والعملي في المجموعة الضابطة عنه في المجموعة التجريبية ارتفاعاً غير دال.

٢ ـ كان الفرق صفري بين نسبتي الذكاء اللفظي والعملي في المجموعة في صالح الذكاء اللفظي عن العملي.

(جـ) تحليل نمط الصفحة النفسية:

١ ـ **(أ) بالنسبة للأنماط الجمعية (التشتت عن المتوسط):** كان اختبار الفهم العام هو الاختبار الوحيد الذي تنحرف الدرجة عليه انحرافاً موجباً ودالاً وذلك في نمط الصفحة النفسية للأسوياء أما المرضى فلم يكن

الانحراف دالاً في نمط الصفحة النفسية الخاصة بهم على أي اختبار من الاختبارات الإحدى عشر.

١ ـ (ب) بالنسبة للأنماط الجمعية (التشتت عن المفردات): انحرفت الدرجة انحرافاً سالباً ودالاً على اختبار ترتيب الصور بالنسبة لنمط الصفحة النفسية للمرضى وانحرفت انحرافاً دالاً وموجباً بالنسبة لاختبار الفهم العام وذلك في نمط الصفحة النفسية للأسوياء.

٢ ـ بالنسبة للأنماط الفردية:

١ ـ انحرفت الدرجة انحرافاً سالباً في المجموعة التجريبية ولم تنحرف في نفس الاتجاه في المجموعة الضابطة على اختبارات إعادة الأرقام والاستدلال الحسابي والمتشابهات وتكميل الصور وتجميع الأشياء ورموز الأرقام. كما انحرفت على اختبارات المعلومات والمفردات.

٢ ـ انحرفت الدرجة انحرافاً موجباً في المجموعة الضابطة ولم تنحرف في نفس الاتجاه في المجموعة التجريبية على اختبارات رموز الأرقام والمتشابهات وتكميل الصور وتجميع الأشياء ورموز الأرقام. كما انحرفت الدرجة انحرافاً سالباً في المجموعة الضابطة ولم تنحرف في نفس الاتجاه في المجموعة التجريبية على اختبار المفردات.

٣ ـ لوحظ بالنسبة للأنماط الفردية أن المجموعتين انحرفتا انحرافاً سالباً على اختبار ترتيب الصور كما انحرفتا انحرافاً موجباً على اختباري الفهم العام ورسوم المكعبات.

(د) قياس التدهور:

وجد أن الفرق دال إحصائياً عند حساب الفرق بين المجموعتين فيما يتعلق بالنسبة المئوية للتناقص إذ بلغت ١١ ٪ في التجريبية، ١ ٪ في الضابطة.

ثالثاً ـ بالنسبة للمرضى بالقلب والأوعية الدموية

(أ) المقارنة بين مرضى القلب والأوعية الدموية وبين الأسوياء بالنسبة للدرجات الموزونة ونسب الذكاء:

١ ـ ميز اختباري المتشابهات وتجميع الأشياء تمييزاً دالاً بين المجموعتين وذلك في صالح المجموعة الضابطة.

٢ ـ يرتفع المتوسط ارتفاعاً غير دال على اختبارات الفهم العام وإعادة الأرقام وترتيب الصور ورسوم المكعبات وذلك في صالح المجموعة الضابطة.

٣ ـ يرتفع المتوسط ارتفاعاً غير دال على اختبارات المعلومات والاستدلال الحسابي والمفردات ورموز الأرقام وذلك في صالح المجموعة التجريبية.

٤ ـ كان الفرق صفري بين المجموعتين فيما يتعلق باختيار تكميل الصور.

٥ ـ كان متوسط الدرجة على المقياس اللفظي والعملي والكلي مرتفعاً ارتفاعاً غير دال في صالح المجموعة الضابطة.

(ب) المقارنة بين نسبتي الذكاء اللفظي والعملي:

١ ـ الفرق بين نسبتي الذكاء اللفظي والعملي بين المجموعتين غير دال وفي صالح المجموعة الضابطة.

٢ ـ الفرق غير دال بين نسبة الذكاء اللفظي والعملي في المجموعة التجريبية كما أنه كان غير دال أيضاً في المجموعة الضابطة.

(جـ) تحليل نمط الصفحة النفسية:

(أ) بالنسبة للأنماط الجمعية (التشتت عن المتوسط): لم يكن هناك سوى اختبار واحد في نمط الصفحة النفسية لمجموعة الأسوياء وهو اختبار

رموز الأرقام حيث تنحرف فيه الدرجة انحرافاً دالاً وسالباً. أما في نمط الصفحة النفسية للمرضى فلم تنحرف الدرجة فيه على أي اختبار انحرافاً دالاً.

(ب) **بالنسبة للأنماط الجمعية (التشتت عن المفردات)**: انحرفت الدرجة انحرافاً سالباً ودالاً على اختبارات الفهم العام وإعادة الأرقام والمتشابهات وترتيب الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء وذلك بالنسبة لنمط الصفحة النفسية للمجموعة التجريبية. كما انحرفت الدرجة انحرافاً موجباً ودالاً على اختبار تجميع الأشياء، وانحرافاً سالباً ودالاً على اختبار رموز الأرقام بالنسبة للمجموعة الضابطة.

(جـ) **بالنسبة للأنماط الفردية**:

١ ـ انحرفت الدرجة انحرافاً سالباً في المجموعة التجريبية ولم تنحرف في نفس الاتجاه في المجموعة الضابطة على اختبارات إعادة الأرقام وترتيب الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء. وانحرفت الدرجة انحرافاً موجباً في المجموعة التجريبية أيضاً ولم تنحرف في نفس الاتجاه في المجموعة الضابطة على اختبارات الفهم العام والاستدلال الحسابي والمفردات.

٢ ـ انحرفت الدرجة انحرافاً موجباً في المجموعة الضابطة ولم تنحرف في نفس الاتجاه في المجموعة التجريبية على اختبارات إعادة الأرقام وترتيب الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء. كما انحرفت انحرافاً سالباً في المجموعة الضابطة أيضاً ولم تنحرف في نفس الاتجاه في المجموعة الضابطة على اختبارات الفهم العام والاستدلال الحسابي والمفردات.

٣ ـ لوحظ بالنسبة للأنماط الفردية أن المجموعتين انحرفتا سالباً بالنسبة لاختباري رموز الأرقام وتكميل الصور. وانحرفتا انحرافاً موجباً بالنسبة لاختباري المتشابهات والمعلومات.

(د) قياس التدهور العقلي:

كان الفرق بين المجموعتين فيما يتعلق بالنسبة المئوية للتناقص فرقاً غير دال إذ بلغت النسبة المئوية للتناقص في المجموعة التجريبية ١١ ٪ بينما كانت في الضابطة ٢٠ ٪ وتشير النسبة المئوية للتناقص ١ ٪ أنها أعلى في الضابطة عنها في التجريبية.

سنكتفي في قيامنا بعملية التفسير على النواحي التي كانت الفروق فيها دالة دلالة إحصائية.

* * *

الفصل الحادي والعشرون

تفسير نتائج الدراسة ومناقشتها

أولاً ـ بالنسبة للمجموعة الكلية من المرضى السيكوسوماتيين

(أ) تفسير ارتفاع متوسط الدرجة على اختبار «الفهم العام» ارتفاعاً دالاً في صالح المجموعة الضابطة:

متوسط درجة المرضى السيكوسوماتيين على هذا الاختبار ٦,٨٠ والانحراف المعياري ٢,٤٠ أما متوسط درجة الأسوياء الضابطة فهي ٨,٥٣ والانحراف المعياري ٢,٣٨ ودرجة اختبار «ت» بين المتوسطين ٢,٧٠ وهي دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥. ويقيس اختبار الفهم بناء على ما يقوله وكسلر قدرة الفرد على تقويم خبراته الماضية فهو قريب في دلالته مما يسمى «اختبار الواقع». كما يرى رابابورت أن الاختبار يتضمن شيئاً قريباً من القدرة على إصدار حكم أو استجابة مناسبة لموقف. وإصدار الحكم هذا مفهوم وسط بين الفكر والانفعال وبالتالي فإن سوء التوافق يؤدي إلى خفض الدرجة في الاختبار (٧: ١٠٩). أما الدرجات الموزونة العالية على اختبار الفهم العام فتوجد غالباً لدى العصابيين والأسوياء المتوافقين توافقاً حسناً (٥: ٢٩١). أما شافر فيذهب إلى أن انخفاض الدرجة على الفهم من بين مميزات الاضطراب السيكوباتي وأنه في حالات الفصام تنخفض درجات الفهم عاكسة الاضطراب في القدرة على الحكم السليم (٥: ٢٩١).

وتشير النتائج السابقة التي توصلنا إليها والنتائج السابقة لوكسلر وشافر وربابورت وفرج طه (في بحث سيكولوجية العامل المشكل كان المتوسط لمجموعة المشكلين ٨,٤٥ ولمجموعة الأسوياء ٩,٧٠ وكان

الفرق دالاً عند ٠,٠٥) والمؤيدة لما توصلنا إليه إلى اضطراب في عمليات إصدار الحكم لدى مجموعة المرضى السيكوسوماتيين عن الأسوياء بدرجة دالة إحصائياً. وهذا بدوره يشير إلى أن مجموعة المرضى السيكوسوماتيين تغلب عندهم العاطفة والانفعال على التفكير عند قيامهم باختيار أنسب الحلول مما يترتب على ذلك ويرتبط به استخدامهم لخبراتهم الماضية ومعارفهم السابقة بصورة غير مناسبة فكرياً بل انفعالياً. وذلك لأنه ما دام الانفعال يغلب على التفكير لديهم فهذا يعني وجود اضطراب في الحالة الانفعالية أيضاً والذي يتميز بالشدة والاستمرار وعدم المناسبة للمنبه. وفي نهاية الأمر نقول إن الدرجة المنخفضة على هذا الاختبار لدى المرضى السيكوسوماتيين عن الأسوياء تشير إلى سوء توافق أو هي أحد مظاهر سوء التوافق.

(ب) تفسير ارتفاع متوسط الدرجة بشكل دال لدى الأسوياء عنه لدى المرضى السيكوسوماتيين على اختبار المتشابهات:

تصل درجة الأسوياء على هذا الاختبار في متوسطها إلى ٦,٩٣ والانحراف المعياري ٢,١٨ والمرضى السيكوسوماتيين تصل متوسط درجتهم إلى ٥,٦٦ والانحراف المعياري ١,٧٠ ويصل اختبار «ت» إلى ٢,٥٤ ومستوى الدلالة عند ٠,٠٥. وتقيس الدرجة على هذا الاختبار القدرة على تكوين المفهوم اللفظي، وقدرة الفرد على التعبير اللفظي عن العلاقات بين موضوعين. وقد يكون التعبير عن هذه العلاقات على مستوى عياني أو وظيفي أو مفهومي (٧: ١٠٩).

وتشير الدرجة المنخفضة لدى المرضى السيكوسوماتيين إلى جمود أو صلابة أو تحريف في العمليات الفكرية كما تشير إلى الطريقة التي ينظر بها المفحوص إلى عالمه، ويربط بها بين الأشياء والتي تتسم بالجمود والتحريف والتفكير العياني. والتجريد على هذا الأساس أي التفكير التجريدي والذي لا يتسم بالعيانية طريقة من طرق التوافق، ونقص التجريد والتفكير بطريقة

عيانية يشير إلى سوء التوافق. ويتبين مما سبق أن انخفاض الدرجة بشكل دال لدى المرضى السيكوسوماتيين على اختبار المتشابهات يشير إلى غلبة التفكير العياني على التفكير التجريدي ويشير ذلك بدوره إلى سوء التوافق لدى هؤلاء المرضى السيكوسوماتيين عنه لدى الأسوياء.

(جـ) تفسير ارتفاع متوسط الدرجة على اختبار المفردات بشكل دال وفي صالح المرضى السيكوسوماتيين عن الأسوياء:

يبلغ متوسط درجة المرضى السيكوسوماتيين على هذا الاختبار ٧,٩٣ والانحراف المعياري ٢,٦٢ ومتوسط درجة الأسوياء ٦,٥٣ والانحراف المعياري ١,٢٥ وبلغت الدرجة «ت» ٢,٦٩ ووصل مستوى الدلالة ٠,٠٥ ويذهب وكسلر إلى أن المفردات التي يستطيع الفرد تعريفها ليست مقياساً لمقدار ما تعلم فقط كما يظن عادة، ولكنها أيضاً مقياس ممتاز لذكائه العام. ويرى وكسلر أيضاً أنه يمكن النظر لاختبار المفردات لما به من خصائص إسقاطية، كما أن المفردات قليلة التأثر نسبياً بالعمليات العقلية المرضية وبتقدم السن. ولقد توصل الدكتور لويس كامل في تقنينه الاختبار على البيئة المحلية إلى نفس النتيجة التي وصلنا إليها حيث وجد أكبر زيادة في متوسط الدرجة على اختبار المفردات لدى الفصاميين (م = ١٠,١، ع = ٢,٤) عنه لدى الأسوياء (م - ٩,٧، ع - ٣,١) وإن كان هذا الفرق غير دال إلا أنه في صالح المجموعة الفصامية (٣١:٧). وإلى جانب ذلك نستطيع أن نفسر ارتفاع الدرجة على المفردات لدى المرضى السيكوسوماتيين عنه لدى الأسوياء على اعتبار أن ذلك حيلة دفاعية يلجأ إليها هؤلاء المرضى لتغطية ما لديهم من إصابة عضوية.

(د) تفسير ارتفاع متوسط الدرجة على اختبار تجميع الأشياء ارتفاعاً دالاً لدى الأسوياء عنه لدى المرضى السيكوسوماتيين:

متوسط درجة الأسوياء على هذا الاختبار ٨,٨٦ والانحراف المعياري ٢,٦٠ ومتوسط درجة المرضى السيكوسوماتيين ٦,٦٠ والانحراف

المعياري ٢,٨٠ ودرجة اختبار «ت» ٣,١٣ ومستوى الدلالة الإحصائية ٠,٠١ ويقيس هذا الاختبار القدرة على وضع الأشياء معاً في نمط مألوف والقدرة على المثابرة في العمل. كما تكشف طريقة الفرد في الإجابة على هذا الاختبار عن أسلوبه في حل المشكلات والذي يتميز بالمحاولة والخطأ أو محاولة فهم العلاقات بين الأجزاء. ويعتبر اختبار تجميع الأشياء من الاختبارات التي يطلق عليها في المقياس أنها من اختبارات التنظيم البصري، والتنسيق البصري الحركي. ويشير انخفاض الدرجة على هذا الاختبار لدى المرضى من أفراد المجموعة التجريبية بشكل دال عنه لدى الأسوياء إلى نقص في القدرة على وضع الأشياء في نمط مألوف، وإلى عدم القدرة على المثابرة والتنظيم البصري حركي وبالتالي إلى اضطراب في العمليات الإدراكية.

(هـ) تفسير دلالة التشتت عن المفردات على اختبار إعادة الأرقام تشتتاً سالباً لدى المرضى السيكوسوماتيين:

ينحرف اختبار إعادة الأرقام عن المفردات انحرافاً سالباً (حسب قاعدة وكسلر التقريبية) بمقدار ـ ٢,٠٦. ويشير زيادة التشتت على هذا النحو وفي هذا الاتجاه إلى ازدياد سوء التوافق لدى المرضى السيكوسوماتيين. كما تشير مثل هذه الدرجة إلى تدهور بالغ في الذاكرة وتشتت الانتباه ونقص الضبط العقلي نتيجة القلق والاضطراب الانفعالي. ويتشابه انخفاض الدرجة لدى المرضى السيكوسوماتيين على هذا النحو مع حالات أمراض المخ العضوية حيث يتمثل تدهور الذاكرة لديهم في انخفاض الدرجة على اختبار إعادة الأرقام. ولقد كان متوسط درجة المرضى السيكوسوماتيين على هذا الاختبار (م = ٥,٨٧) أقل من درجة الأسوياء (م = ٧,٠٦). كما أن اختبار إعادة الأرقام يعتبر من أكثر الاختبارات حساسية بحالات القلق. وقد كشفت دراسة لسيجمان طبق فيها مقياس وكسلر ومقياس تايلور للقلق عن ذلك. كما يتشابه انخفاض الدرجة على هذا الاختبار أيضاً لدى العينة الحالية بانخفاضها في حالات الاكتئاب

العصابي والذهاني والذين يتميزون بالتخلف الإدراكي والحركي وبالكف الانفعالي والتعبير المتكرر عن العجز والخوف والسلبية.

(و) تفسير دلالة التشتت عن المفردات على اختبار المتشابهات تشتتاً سالباً لدى المرضى السيكوسوماتيين:

ينحرف اختبار المتشابهات انحرافاً سالباً عن المفردات في المجموعة التجريبية ودالاً بدرجة - ٢,٢٧ وتؤيد هذه النتيجة السابقة وهي انخفاض الدرجة على هذا الاختبار لدى المرضى السيكوسوماتيين عنه لدى الأسوياء. وتتفق النتيجتان السابقتان إلى جانب النتيجة المتعلقة بارتفاع درجة المرض السيكوسوماتيين على اختبار المفردات مع النتائج المماثلة على هذين الاختبارين، وهي أن انخفاض درجة المتشابهات مع ارتفاع المفردات والمعلومات دليل مرضى (يرتفع متوسط المعلومات في دراستنا الحالية لدى المرضى السيكوسوماتيين عنه لدى الأسوياء ارتفاعاً غير دال حيث يبلغ في التجريبية ٧,٣٣ وفي الضابطة ٦,٨٦) ويفسر وكسلر ارتفاع درجة المفردات على هذا النحو بأن الإجابة على هذا الاختبار لا تتطلب تعبيراً لفظياً تلقائياً أما إذا تطلب الموقف ذلك كما يحدث في اختبار المتشابهات. زاد احتمال فشل المفحوص نتيجة تحريف العمليات العقلية الفكرية. وتشير النتيجة الحالية إلى تماثل المرضى السيكو ماتيين مع حالات الاكتئاب خاصة الاكتئاب الذهاني، وإلى تماثل السيكوسوماتيين أيضاً بالسوسيوباثيون المراهقون بانخفاض الدرجة على هذا الاختبار.

(ز) تفسير دلالة التشتت عن المفردات على اختبار ترتيب الصور تشتتاً سالباً لدى المرضى السيكوسوماتيين:

ينحرف اختبار ترتيب الصور انحرافاً سالباً عن المفردات في المجموعة التجريبية ودالاً بدرجة - ٢,٥٣ وينخفض متوسط الدرجة لدى المرضى السيكوسوماتيين على هذا الاختبار عنه لدى الأسوياء بشكل غير دال (متوسطها لدى المرضى ٥,٤٠ ولدى الأسوياء ٥,٧٣). ويقيس

الاختبار قدرة الفرد على فهم وتقدير الموقف الكلي وعلى التخطيط وتقدير العواقب كما يقيس «اليقظة الاجتماعية» ويشير كل من انحراف الدرجة عن المفردات وانخفاضها على هذا الاختبار إلى عدم اليقظة الاجتماعية لدى المرضى السيكوسوماتيين كما يشير إلى نقص في فهم وتقدير الموقف الكلي وفي القدرة على تقدير العواقب. كما تتماثل درجة المرضى السيكوسوماتيين على هذا الاختبار من حيث الانخفاض مع درجة حالات أمراض المخ العضوية حيث تقع أكثر الأمراض العامة شيوعاً في هذه الفئة من الحالات في المجال البصري الحركي، كما تتماثل درجتهم مع درجة حالات القلق حيث يتأثر الأداء على هذا الاختبار بتلك الحالات. كما تتماثل درجة المرضى السيكوسوماتيين على هذا الاختبار مع درجة حالات الاكتئاب العصابي والذهاني والتي تتميز الحالات فيها بالتخلف الإدراكي والارتباطي والحركي وبالكف الانفعالي والتعبير المتكرر عن العجز والخوف والسلبية.

(ح) تفسير دلالة التشتت عن المفردات على اختبار الفهم العام تشتتاً موجباً ودالاً في المجموعة الضابطة من الأسوياء:

تصل درجة تشتت اختبار الفهم العام عن المفردات لدى أفراد المجموعة الضابطة إلى ٢,٠٠ وهذه الدرجة تصل من حيث الدلالة إلى الحدود التي وضعها وكسلر كقاعدة تقريبية كما سبق أن ذكرنا. هذا إلى جانب أن هذا الاختبار كما سبق أن بينا في (أ) قد ميز بين مجموعة المرضى ومجموعة الأسوياء تمييزاً دالاً وبشكل سبق أن فسرناه حيث تشير الدرجة المنخفضة إلى عدم القدرة على تقويم الخبرات الماضية وعلى إصدار الحكم وهذا بالنسبة للمرضى. أما بالنسبة للأسوياء من أفراد المجموعة الضابطة فهو يشير ـ حيث ترتفع الدرجة عليه ـ إلى القدرة على التوافق والمتمثلة في الاستخدام المناسب للخبرة والمعرفة عند إصدار الحكم على المواقف والأمور حيث يبرز تغليب الفكر على الانفعال.

(ط) تفسير دلالة التشتت عن المفردات على اختبار تجميع الأشياء تشتتاً موجباً ودالاً في المجموعة الضابطة من الأسوياء:

تصل درجة تشتت اختبار تجميع الأشياء عن المفردات لدى أفراد المجموعة الضابطة إلى ٢,٣٣ وهي درجة انحراف دالة. ويعتبر اختبار تجميع الأشياء من الاختبارات التي ميزت بين مجموعتي المرضى والأسوياء تمييزاً دالاً عند مستوى ٠,٠١ وفي صالح المجموعة الضابطة أيضاً، وإلى جانب ذلك فيعتبر انحراف الاختبار عن المفردات على هذا النحو الدال ما يضفي عليه قيمة تشخيصية وتنبؤية.

من خلال التفسيرات السابقة نستطيع أن نقول إن ما توصلنا إليه من وجود اضطراب في عمليات إصدار الحكم لدى المرضى السيكوسوماتيين. وهذا بدوره يشير إلى غلبة الانفعال على التفكير، وإلى وجود جمود وصلابة وتحريف في العمليات الفكرية. كذلك يتصف هؤلاء المرضى بعدم القدرة على المثابرة والتنظيم البصري وبالتالي إلى اضطرابات في العمليات الإدراكية. كذلك إلى وجود تدهور في الذاكرة وتشتت في الانتباه وعدم اليقظة الاجتماعية وتماثلهم مع الفصاميين وحالات القلق وحالات الاكتئاب في هذه الاضطرابات. كل ذلك يجعلنا نقول من خلال الدراسات السابقة على هؤلاء المرضى بأن نتائجنا تتسق في كثير من النواحي مع هذه الدراسات وإن اختلفت من حيث العينات ومجال الدراسة والأدوات المستخدمة فهي على المرضى السيكوسوماتيين عموماً. فالمريض السيكوسوماتي بوجه عام إنسان فقد توافقه وما توصلنا إليه من نتائج يشير إلى ذلك دون أدنى شك. ففي المرض السيكوسوماتي يصبح الانفعال الناجم عن صراع غير معروف متمركزاً في عضو ما أو جزء من الجسم كان خاضعاً للسيطرة الإرادية للفرد، وهذه الصراعات غير المعروفة هي التي سببت هذه المتاعب العضوية (١٠ : ١٨٢).

ويتضح من هذا الرأي غلبة الانفعال وسيطرته وهذا ما أكدته نتيجة

اختبار الفهم العام. ويؤكد ذلك كل من أندرسون وترايثون فيقولان إن أحد الخصائص الأساسية للاضطراب الانفعالي غالباً ما يكون مهيئاً (١٢ :١٠٢) كذلك نجد صدى في هذه الدراسات وما وجدناه في نتائجنا من تماثل استجابات المرضى السيكوسوماتيين باستجابات حالات الخوف والقلق وحالات إصابة المخ العضوية فتشير انسكلوبيديا علم النفس لذلك في توضيحها لمفهوم الاضطراب السيكوسوماتي حيث نجد علاقة بين الظاهرة المرضية مثل الاستجابة للخوف أو للغضب من ناحية وبين التغيرات البنائية أو الوظيفية مثل سرعة دقات القلب وقرحة المعدة وإصابة المخ من ناحية أخرى (١٧ : ٦٧٨). وتذهب الدراسات السابقة في تأييد ما توصلنا إليه فهذا هاليدي Halliday يقول إن المريض السيكوسوماتي يكون مدفوعاً باضطراب انفعالي والذي كان استجابة غير مفهومة لحادثة واضحة الاضطراب.

كما أنه يتبين من دراسة التاريخ الطبيعي لهذه الاضطرابات أن الأمراض النفسية العصابية قد تصحب أمراضاً عضوية سيكوسوماتية أو قد تظهر كاضطراب متقدم أو لاحق، وليس ذلك فقط بل إن من بين الذين يعانون من الذهان من يكون لديهم عللاً سيكوسوماتية معينة كقرحة روماتيزم المفاصل. وقد لمحنا من خلال ما سبق إلى أن مثل هذه الأمراض بها صراعات ترجع لأحداث ولمواقف شدة. وبالنظر لعينة دراستنا ومرحلة العمر الخاصة بها من خلال ذلك، ومن خلال ما يذهب إليه فيس وانجلش إلى أن الاضطراب السيكوسوماتي يظهر في مراحل تاريخية تسع والمرحلتان الخاصتان بعينتناهما مرحلة حياة الشباب المبكرة (من سن ٢١ ــ ٤٠) ومرحلة حياة الشباب الوسط (من سن ٤٠ ــ ٦٠) ونلمح من المرحلة الأولى والثانية والمواقف التالية والتي من المحتمل أن تكون العامل الرئيسي في الصراعات النفسية والتي كان لها علاقة بدورها بما أصاب المرضى السيكوسوماتيين من اضطرابات في التفكير والحكم والذاكرة واليقظة الاجتماعية... إلخ وهذه المواقف هي: انتهاء الدعم من جانب الوالدين

ومسؤوليات الشباب والضغوط الخاصة بخدمة الجيش، ومشاكل الخطوبة والزواج والحمل وميلاد طفل، وتحقيق أو فقد الطموح المتوقع، وحالات الطلاق والعمل وتركه لعمل ما آخر... إلخ (٢٢: ٥١١). كذلك مما يؤيد نتائجنا ما يذهب إليه سكير Schur (١٩٥٣، ١٩٥٥) من وجود تغيرات في قدرة الأنا لدى المرضى السيكوسوماتيين على إدراك وتقييم المخاطر (انخفاض درجة الفهم العام)، وإن اعترف سكير بأن الأنا يظهر نفعاً عالياً وتكيفاً وذاكرة واختباراً عاماً بالواقع إلا أن المحاولات النهائية للأنا تكون غير ناجحة في سيطرتها على الضغوط الخاصة بمواقف الشدة (٢١ : ٢٣١). ويؤيد رأي الكسندر متشرليخ ذلك فيقول في الاضطرابات السيكوسوماتية تضعف قوة الأنا، وتكون هناك آثاراً ذا دلالة مرضية في الذاكرة مما يؤثر ذلك كله في قدرة الكائن الحي على عمل التوافق المطلوب لتأثره بالشكل المرضي المفكك للوظائف (١٩ : ٢٣٦).

ثانياً ـ بالنسبة لمرضى الجهاز المعدي معوي

سنكتفي في تفسيرنا التالي على النواحي والخصائص التي تميز تمييزاً دالاً بين المرضى السيكوسوماتيين ككل وبين الأسوياء من ناحية ولم تكن تميز بين المرضى السيكوسوماتيين ككل وبين الأسوياء من ناحية ثانية في أولاً.

(أ) تفسير ارتفاع متوسط الدرجة على اختبار إعادة الأرقام بشكل دال لدى المجموعة الضابطة عنه لدى الأسوياء:

كان متوسط درجة الأسوياء على هذا الاختبار ٧,٨٥ والانحراف المعياري صفر ومتوسط درجة المرضى ٦,٢٨ والانحراف المعياري ٢,٠٥ ودرجة اختبار «ت» ٢,٨٠ ومستوى الدلالة ٠,٠٥ ولقد كان هذا الاختبار في المجموعة الكلية غير مميزاً لكنه كان يسير في نفس الاتجاه الحالي أي

من صالح المجموعة الضابطة أيضاً. وحسب وكسلر يقيس اختبار إعادة الأرقام الذاكرة كما أن الدرجة المنخفضة عليه ترتبط بتشتت الانتباه، وتشير الدرجة المنخفضة على الاختبار لدى المرضى السيكوسوماتيين إلى جانب ما سبق إلى نقص الضبط العقلي نتيجة القلق والاضطراب الانفعالي (٧ : ١١١).

(ب) تفسير ارتفاع متوسط الدرجة على اختبار الفهم العام بشكل دال على المجموعة الضابطة عنه لدى الأسوياء:

متوسط درجة الأسوياء على هذا الاختبار ١٠ والانحراف المعياري ٢,٢٣ ومتوسط درجة المرضى ٧,٨٥ والانحراف المعياري ١,٥٤ ودرجة اختبار «ت» ٢,٧٩ ومستوى الدلالة ٠٠,٠٥ ولما كان هذا الاختبار من الاختبارات التي ميزت بين المجموعة الكلية من المرضى السيكوسوماتيين وبين الأسوياء فإننا سنكتفي بما قدمنا من تفسير لارتفاع درجة الأسوياء على هذا الاختبار عن درجة المرضى.

(ج) تفسير ارتفاع متوسط الدرجة على اختبار المفردات بشكل دال لدى المرضى بالجهاز المعدي عن الأسوياء:

يصل متوسط درجة المرضى على هذا الاختبار إلى ٧,٤٢ والانحراف المعياري ٠,٤٦ ولدى الأسوياء إلى ٦,٢٨ والانحراف المعياري ٠,٩٤ ودرجة اختبار «ت» ٣,٨٠ ومستوى الدلالة عند ٠,٠١ ولما كان هذا الاختبار من الاختبارات التي ميزت بين المجموعة الكلية من المرضى السيكوسوماتيين وبين الأسوياء فإننا سنكتفي بما قدمنا من تفسير لارتفاع درجة المرضى على هذا الاختبار عن درجة الأسوياء.

(د) تفسير دلالة التشتت عن المفردات على اختبار ترتيب الصور انحرافاً دالاً وسالباً في نمط النفسية للمرض:

ولقد سبق أن قدمنا في «ز» من أولاً تفسير ذلك.

(هـ) تشتت الدرجة تشتتاً دالاً موجباً عن المفردات على اختبار الفهم العام في نمط الصفحة النفسية لمرضى الجهاز المعدي معوي:

بلغ تشتت اختبار الفهم العام عن المفردات لدى الأسوياء تشتتاً موجباً + ٣,٧٢ ولقد كان نفس الاختبار منحرفاً انحرافاً دالاً وموجباً في المجموعة الكلية الضابطة وميل إلى درجة + ٢,٠٠ ونكتفي بالتفسير السابق تقديمه في (ح) من أولاً عن ذلك.

(و) تشتت الدرجة تشتتاً دالاً موجباً عن المتوسط على اختبار الفهم العام في نمط الصفحة النفسية للأسوياء:

بلغ تشتت اختبار الفهم العام عن المتوسط في نمط الصفحة النفسية للأسوياء ٢,٦٨ ولقد كان نفس الاختبار منحرفاً انحرافاً موجباً وغير دال في المجموعة الكلية الضابطة ووصل إلى درجة + ١,٣٨ ونكتفي كذلك بما قدم من تفسير لذلك في (ح) من أولاً.

(ز) تفسير دلالة الفرق في التدهور بين المجموعتين وفي صالح الضابطة:

كانت النسبة المئوية للتدهور لدى مرضى الجهاز المعدي معوي (دون حذف نسبة التدهور العادي) ١١ ٪ ولدى الأسوياء ١ ٪ وبحساب كا^{2} بين النسبتين بلغت ٨,٣٢ وهو فرق دال عند نسبة ٠٠,٠١ وتعزز تلك النتيجة النتائج السابقة وهي الانخفاض العام على كل الاختبارات الفرعية (ما عدا المعلومات والمفردات) وعلى المقاييس اللفظية والعملية والكلية وعلى نسب الذكاء اللفظي والعملي والكلي لدى مرضى الجهاز المعدي معوي عنه لدى الأسوياء مما يشير إلى تدهور في القدرات العقلية والفكرية والإدراكية لدى المرضى.

وبالنظر للنتائج السابقة في ضوء الدراسات والبحوث على مرض الجهاز المعدي معوي بفئاته المختلفة نجد أنها جميعاً تركز على أثر الاضطراب الانفعالي في تلك الأمراض ولا نستطيع أن ننكر من خلال النظر

للإنسان ككل أن الاضطرابات الانفعالية تؤثر بدورها في العمليات الفكرية والإدراكية والانتباه على النحو الذي كشفت عنه النتائج السابقة. وفي هذا الصدد يذكر فرانز الكسندر أن هؤلاء المرضى يرغبون في أن يحبوا وأن يعتنى بهم. كذلك فهم لا يستطيعون عمل تعبيرات منطقية بسبب الإحساس العصابي المتزايد بالخجل أو الذنب (١٣ : ٢٧٣). كذلك تشير بعض البحوث إلى وجود اضطراب في الشخصية ويشمل هذا الاضطراب بالطبع الانفعال والفكر وهذا ما توصل إليه روبنسون Robinson من أن كثيراً من هؤلاء المرضى تكون أمراضهم الهضمية نتيجة لاضطراب الشخصية قبل أن يكون لديهم مرض عضوي (٢٢: ٣٥٨). ويؤيد ما توصلنا إليه من نتائج متعلقة بتماثل استجابات مرضى الجهاز المعدي باستجابات حالات الفصام والقلق والاكتئاب بما وصل إليه هوايت وكوب وجونز White and Cobb and Jones في دراستهم على حالات التهاب القولون بهدف معرفة العوامل الانفعالية ونماذج الشخصية لديهم فوجدوا أن هؤلاء المرضى لديهم مظاهر اكتئاب ونيوراستينيا وتوهم مرض في نصف الحالات، ونمط جامد من التفكير مشابه لذلك الذي يوجد في حالة الوسواس القهري ونقص طاقة الإنتاج كانت مميزة للمجموعة ككل (٢٢ : ٤١، ٤١١). ويؤيد الكلام السابق أندرسون وتريثوان حيث ذهبا إلى أن درجة الاكتئاب تكون عالية لدى هؤلاء (مرض فقد الشهية العصبي) وقلة منهم فصاميين (١٢ :٢٠٢) وتذهب دنبار إلى القول بأن مرضى القرحة عامة فوق المتوسط في الذكاء إلا أن نتائج دراستنا لم تؤيد هذه النتيجة وإن لم يكن هناك فرق دال بين المجموعتين في الذكاء إلا أن الأسوياء كانوا أعلى من المرضى (١٦ : ١٣٦). وفي دراسة لتابوروف وبراون على الأطفال والأولاد الذين لديهم قرحة معدة طبقوا عليهم فيها اختبار وكسلر للذكاء وتراوحت نسبة ذكائهم بين ٧١ ـ ١٢٦ ومريض واحد كان في حدود الضعف العقلي وربما عزى ذلك للاضطراب الانفعالي ولقد كانت الصورة البارزة للاختبارات هي العنصر الفصامي خاصة الأولاد الذين في عمر المراهقة (٢٠ : ٣٧٧).

ثالثاً ـ تفسير نتائج مرضى القلب والأوعية الدموية

(أ) تفسير تمييز اختبار المتشابهات تمييزاً دالاً بين مرضى القلب والأوعية الدموية وبين الأسوياء وفي صالح الأخيرة:

متوسط المجموعة الضابطة على هذا الاختبار ٧,٣٧ والانحراف المعياري ٢,٣٤ ومتوسط المجموعة التجريبية ٥,٦٢ والانحراف المعياري ١,٦٠ ودرجة اختبار «ت» ٢,٤٣ ومستوى الدلالة ٠,٠٥. ولقد ميز هذا الاختبار بين المجموعة الكلية من المرضى السيكوسوماتيين وبين المجموعة الضابطة ويكفي ما قدمناه من تفسير في «ب» من أولاً عن هذا الاختبار حيث بينا فيه أن انخفاض الدرجة على هذا الاختبار تشير إلى الجمود والتفكير العياني.

(ب) تفسير تمييز اختبار تجميع الأشياء بين مرضى القلب والأوعية الدموية وبين الأسوياء تمييزاً دالاً:

بلغ متوسط درجة المرضى على هذا الاختبار ٦,١٢ والانحراف المعياري ٣,٢٥ ودرجة الأسوياء ٩,٥٠ والانحراف المعياري ٢,٣٩. ولقد ميز هذا الاختبار بين المجموعة الكلية من المرضى السيكوسوماتيين والأسوياء تمييزاً دالاً أيضاً.

ويكفي ما قدمناه في تفسير «د» من أولاً عن هذا الاختبار حيث تشير الدرجة المنخفضة إلى نقص في القدرة على إدراك العلاقات بين الأجزاء وفي القدرة على التنظيم البصري حركي.

(ج) تفسير تشتت اختبار رموز الأرقام عن المتوسط تشتتاً دالاً وسالباً لدى أفراد المجموعة الضابطة:

بلغ تشتت هذا الاختبار عن المتوسط -٢,٨٨ ومن العجيب أن يكون تشتته في المجموعة التجريبية موجباً أيضاً -٠,٤٦ وإن كان غير دال. وتشير السرعة والدقة على هذا الاختبار مع مستوى القدرة العقلية.

ويرى وكسلر أن الاختبار يعكس المرونة في التداعي حين يواجه الفرد موقفاً جديداً من مواقف التعلم. ويقول إنه نظراً لعامل السرعة فإن الاختبار يصبح أحياناً اختباراً للتركيز إلا أن رابابورث يرى فيه اختبار للتناسق البصري حركي.

إلا أن البعض يتشكك في صدق الاختبار بالنسبة لكبار السن نظراً لتأثر الدرجة بالجانب الحركي من حيث السرعة والدقة كما ينخفض أداء العصابيين عليه نظراً لما يتطلبه من التركيز المثابرة. ولقد كان متوسط الدرجة على هذا الاختبار في صالح المجموعة التجريبية من مرضى القلب والأوعية كما كانت في صالح المجموعة الكلية من المرضى السيكوسوماتيين. ويتشابه الانخفاض في الأداء على هذا الاختبار لدى مجموعة الأسوياء مع أداء حالات أمراض المخ العضوية وحالات الهستيريا والاكتئاب.

(د) تفسير تشتت اختبار الفهم العام عن المفردات تشتتاً دالاً وسالباً لدى المرضى:

بلغ تشتت اختبار الفهم العام عن المفردات - ٢,٥٠ ولقد كان الاختبار منحرفاً عن المفرادت في المجموعة الكلية من الأسوياء والمجموعة الضابطة لمرضى الجهاز المعدي معوي، لكن كان انحرافاً موجباً كما كان منحرفاً عن المتوسط انحرافاً موجباً لدى المجموعة الأخيرة. ولقد سبق أن قدمنا في أكثر من مكان تغير انخفاض الدرجة على هذا الاختبار حيث يعتبر «اختبار للواقع» وإصدار الحكم.

(هـ) تفسير تشتت اختبار إعادة الأرقام عن المفردات تشتتاً سالباً لدى المرضى:

بلغ تشتت اختبار إعادة الأرقام عن المفردات - ٢,٨٧ ولقد كان الاختبار منحرفاً أيضاً انحرافاً دالاً وسالباً في المجموعة الكلية التجريبية. ولقد أشرنا في «هـ من أولاً» إلى أن زيادة التشتت على هذا النحو وفي هذا

الاتجاه السالب تشير إلى زيادة التشتت ونقص الضبط العقلي نتيجة القلق والاضطراب الانفعالي.

(و) تفسير تشتت اختبار المتشابهات عن المفردات تشتتاً سالباً لدى المرضى:

بلغ تشتت اختبار المتشابهات عن المفردات - ٢,٧٥ ولقد كان الاختبار منحرفاً انحرافاً دالاً وسالباً لدى المرضى السيكوسوماتيين. ولقد سبق تفسير ما يشير إليه هذا الانحراف من تفكير عياني وجمود وصلابة.

(ز) تفسير تشتت اختبار ترتيب الصور عن المفردات تشتتاً سالباً لدى المرضى:

بلغ تشتت اختبار ترتيب الصور - ٢,٩٩ ولقد كان هذا الاختبار منحرفاً انحرافاً دالاً وسالباً لدى المرضى السيكوسوماتيين ولدى مرضى الجهاز المعدي معوي أيضاً وأشرنا فيهما إلى تفسير ذلك حيث تشير إلى نقص في قدرة الفرد على تقدير الموقف الكلي وعدم اليقظة وعدم القدرة على تقدير العواقب.

(حـ) تفسير تشتت اختبار رسوم المكعبات عن المفردات تشتتاً دالاً وسالباً لدى المرضى:

بلغ تشتت هذا الاختبار - ٣,٥٠ وتشير مثل هذه الدرجة على هذا الاختبار إلى نقص التناسق البصري حركي وفي القدرة على التجريد والخلق وتحليل الكل إلى مكوناته الجزئية. ويتشابه الأداء لدى مجموعة مرضى القلب على هذا الاختبار بحالات أمراض المخ العضوية.

(ط) تفسير تشتت اختبار تجميع الأشياء عن المفردات تشتتاً دالاً وسالباً لدى المرضى:

بلغ تشتت هذا الاختبار - ٢,٢٥. ولقد سبق أن أشرنا في مكان سابق إلى تفسير هذا التشتت.

(ي) تفسير تشتت اختبار تجميع الأشياء عن المفردات تشتتاً دالاً وموجباً لدى المجموعة الضابطة:

بلغ تشتت هذا الاختبار عن المفردات + ٢,٧٥ ولقد سبق أن فسرنا في مكان سابق دلالة ذلك.

(ك) تفسير تشتت اختبار رموز الأرقام عن المفردات تشتتاً دالاً وسالباً لدى المجموعة الضابطة:

بلغ تشتت هذا الاختبار عن المفردات - ٢,٠٠ وسبق أن فسرنا هذا التشتت.

ومن خلال الدراسات والبحوث السابقة على مرضى القلب والأوعية الدموية يمكن النظر للنتائج السابقة والتي توصلنا إليها فتقول دنبار إن العامل الانفعالي في مثل هذه الأمراض تأكد بفحص حالات المرضى الذين يعانون من أمراض أوعية القلب، وأن طبيعة الاضطراب الانفعالي الذي يعاني منه هؤلاء المرضى يجعل من الصعب عليهم التحمل الموضوعي لأي شعور أنهم محكومين ولو بأنفسهم (١٦ : ١٢٠).

ولقد تبين لنا أثر هذا العامل الانفعالي على فكر وإدراك هؤلاء المرضى من خلال تماثل بعض استجاباتهم بحالات القلق. ويؤيد هذا الكلام أيضاً رأي دن Dunn حيث يذهب إلى أن أغلبية المرضى الذين لديهم ضعف عصبي وعائي يظهر عندهم اضطراب نفسي حيث توجد سمات عصابية عامة، ويكون للتاريخ الأسري وخبرة الحياة الأولى دلالة أكثر من العوامل التكوينية والوراثية (٢٢: ٢٥١، ٢٥٢) ويؤيد كلام كوفيل عن هذه الأمراض ما توصلنا إليه من تماثل استجاباتهم في بعض النواحي «اختبار رموز الأرقام»، باستجابات أمرض المخ العضوية فيذهب إلى أن ارتفاع ضغط الدم المزمن دون وجود أساس عضوي، يسمى بارتفاع الضغط الأساسي والذي يتسم في مراحله الأولى بوجود فترات وقتية وعرضية من ارتفاع الضغط. فإذا استمرت المشكلة الانفعالية للمريض دون حل فسيستمر

الضغط بمرور الوقت عند مستوى عال وقد يؤدي إلى بعض الكوارث مثل نزيف في المخ أو جهد زائد في القلب وكلاهما قد يؤدي إلى الموت (٦ : ١٣٥). وتقف وراء تلك النواحي الانفعالية وحالات القلق كثيراً من مواقف الحياة الصعبة والضاغطة ومنها دراسة بنجر Binger فيذهب إلى أن دراسة طفولة هؤلاء المرضى قد أظهرت أن موت الوالدين أو فراقهم يحدث بين ١٢ من ٢٤ من الحالات ويحدث ارتفاع الضغط بين ٢٣ من نفس العدد ٢٤ ويذكر بنجر أن كثيراً من المواقف مثل فقد العمل أو فقد التوفير أو المرض أو الموت لها علاقة بهذه الأمراض (٢٢ : ٣١٦). كما ذهب موردكوف، وبارسونز Mordkoff and Parsons إلى أنه من المحتمل أن تكون عوامل مثل العمر والتعليم والمكانة الاجتماعية الاقتصادية تلعب دوراً في مرض الشريان التاجي (١٨ : ٣٨١). وبالنظر لعمر عينة الدراسة الحالية (٤٢ عاماً) وبالرجوع لما أشار إليه فيس وانجلش (انظر التعليق على نتائج المجموعة الكلية في ضوء الدراسات السابقة) للمواقف التي يواجهها الإنسان في حياته ويكون لها علاقة بالاضطراب السيكوسوماتي نجد أن ما أشار إليه بنجر وما ذهب إليه موردكوف وبارسونز ينطبق على دراستنا الحالية.

مناقشة النتائج:

١ ـ أجابت نتائج الدراسة على ما طرحه الهدف الأساسي لها من توقع وجود فروق دالة إحصائية على الصفحة النفسية للذكاء بين المرضى السيكوسوماتيين وبين الأسوياء واتضح ذلك فيما يلي:

(أ) بالنسبة للمجموعة الكلية من المرضى السيكوسوماتيين ميزت اختبارات الفهم العام والمتشابهات وتجميع الأشياء بين المجموعتين وفي صالح المجموعة الضابطة، أما اختبار المفردات فقد ميز بين المجموعتين وفي صالح المجموعة التجريبية. وبالنسبة لأنماط الصفحة النفسية «التشتت عن المفردات» فقد انحرفت اختبارات إعادة الأرقام والمتشابهات وترتيب الصور انحرافاً دالاً وسالباً في المجموعة التجريبية. أما اختبارات الفهم

العام وتجميع الأشياء فقد انحرفت انحرافاً دالاً وموجباً في نمط الصفحة النفسية للمجموعة الضابطة، وتتمشى تلك النتائج بوجه عام مع توقعاتنا من وجود علاقة بين هذه الاضطرابات والصفحة النفسية للذكاء.

(ب) بالنسبة للمجموعة الفرعية من مرضى الجهاز المعدي معوي: ميزت اختبارات الفهم العام وإعادة الأرقام بين المجموعتين تمييزاً دالاً وفي صالح المجموعة الضابطة، أما اختبارات المفردات فقد ميز بين المجموعتين تمييزاً دالاً لكن في صالح المجموعة التجريبية. وبالنسبة لأنماط الصفحة النفسية:

١ ـ بالنسبة للانحراف عن المتوسط فقد انحرف اختبار الفهم العام انحرافاً دالاً وموجباً في نمط الصفحة النفسية للمجموعة الضابطة.

٢ ـ بالنسبة للانحراف عن المفردات فقد انحرف اختبار ترتيب الصور انحرافاً دالاً وسالباً في المجموعة التجريبية، أما اختبار الفهم العام فقد انحرف انحرافاً دالاً وموجباً في نمط الصفحة النفسية للمجموعة الضابطة. وتتمشى هذه النتائج أيضاً مع الفروق السابق عرضها في هدف البحث كما تشير إلى اقتران الصفحة النفسية للذكاء باضطرابات الجهاز المعدي معوي.

(جـ) بالنسبة للمجموعة الفرعية لمرضى القلب والأوعية الدموية فقد ميز اختباري المتشابهات، وتجميع الأشياء بين المجموعتين تمييزاً دالاً وفي صالح الضابطة وبالنسبة لأنماط الصفحة النفسية:

١ ـ بالنسبة للتشتت عن المتوسط فقد انحرف اختبار رموز الأرقام انحرافاً دالاً وسالباً في نمط الصفحة النفسية للمجموعة الضابطة.

٢ ـ وبالنسبة للتشتت عن المفردات فقد انحرفت اختبارات الفهم العام وإعادة الأرقام والمتشابهات وترتيب الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء، انحرافاً دالاً وسالباً في نمط الصفحة النفسية للمجموعة التجريبية. أما اختبار رموز الأرقام فقد انحرف انحرافاً دالاً وسالباً في نمط الصفحة النفسية للمجموعة الضابطة، وانحرف اختبار تجميع الأشياء انحرافاً دالاً

موجباً في نمط الصفحة النفسية للمجموعة الضابطة أيضاً، وتتفق هذه النتائج مع الاحتمالات السابق طرحها في بداية البحث.

٣ ـ اتفاق النتائج المستخرجة من المجموعة الكلية من المرضى السيكوسوماتيين والسابق الكلام عنها في ١ ـ أ والتي تشير إلى اضطراب في عمليات إصدار الحكم لدى هؤلاء المرضى وهذا بدوره يشير إلى غلبة الانفعال على التفكير، كما تشير هذه النتائج أيضاً إلى جمود وصلابة وتحريف في العمليات الفكرية والتفكير العياني ونقص في التآزر البصري الحركي مع ما أشار إليه كثير من الباحثين السابقين عن خصائص البناء النفسي لهؤلاء المرضى أمثال وليم ك. مننجر منروليف وأندرسون وتريثوان وهاليدي وفيس وانجلش.

٤ ـ اتفاق النتائج المستخرجة من المجموعة الفرعية مرضى الجهاز المعدي معوي والسابق الكلام عنها في ١ ـ ب والتي تشير إلى نقص الضبط العقلي وتدهور في الذاكرة، وتشتت في الانتباه وتناقص بشكل دال في القدرات العقلية لدى هؤلاء المرضى، مع ما قدمه كثير من الباحثين والعلماء عن خصائص هؤلاء المرضى أمثال فرانز الكسندر وروبنسون وهوايت وكوب وجونز وأندرسون وتريثوان وفلاندرز دنبار وتابوروف وبروان.

٥ ـ اتفاق النتائج المستخرجة من المجموعة الفرعية لمرضى القلب والأوعية الدموية والسابق الكلام عنها في ١ ـ ج والتي تشير إلى جمود التفكير والتفكير العياني، ونقص في القدرة على إدراك العلاقات بين الأجزاء وفي القدرة على التنظيم البصري الحركي، وفي المرونة حين يواجه الفرد موقفاً جديداً من مواقف التعليم لدى هؤلاء المرضى مع نتائج كثير من بحوث دنبار ودن Dunn وكوفيل وبنجر Binger وموردكوف وبارسونز وفيس وانجلش.

٦ ـ ونستطيع أن نجمل نتائج هذه الدراسة في الجدول رقم (٢٥) على النحو التالي:

فئات الاضطراب	الاختبارات المميزة تمييزا دالا		الاختبارات التى تنحرف انحراف دالا من المتوسط فى أنماط الصفحة النفسية		الاختبارات التى تنحرف انحراف دالا عن المفردات فى نماط الصفحة النفسية		الاختبارات الدالة وتكرارها فى كل مجموعة	
	فى صالح التجريبية	فى صالح الضابطة	التجريبية	الضابطة	التجريبية	الضابطة	التجريبية	الضابطة
المجموعة الكلية من مرضى الاضطراب السيكوسوماتى	المفردات – –	الفهم العام المتشابهات تجميع الأشياء	– – –	– – –	إعادة الأرقام المتشابهات ترتيب الصور	الفهم العام تجميع الأشياء –	المفردات (١) إعادة الأرقام (١) المتشابهات (١) ترتيب الصور (١)	الفهم العام (٢) المتشابهات (١) تجميع الأشياء (٢)
المجموعة الفرعية لمرضى الجهاز المعدى معوى	المفردات –	الفهم العام إعادة الأرقام	– –	الفهم العام –	ترتيب الصور –	الفهم العام –	المفردات (١) ترتيب الصور (١)	الفهم العام (٣) إعادة الأرقام (١)
المجموعة الفرعية لمرضى القلب والأوعية الدموية	– – –	المتشابهات تجميع الأشياء – – –	– – –	رموز الأرقام (–) – – –	فهم عام إعادة أرقام المتشابهات ترتيب الصور رسوم المكعبات تجميع الأشياء	رموز أرقام (١) تجميع الأشياء – – –	فهم عام (١) إعادة أرقام (١) المتشابهات (١) ترتيب صور (١) رسوم المكعبات (١) تجميع أشياء (١)	تجميع أشياء المتشابهات (١) رموز أرقام (٢)
الاختبارات الدالة وتكرارها فى كل ناحية	مفردات (٢)	الفهم العام (٢) المتشابهات (٢) تجميع الأشياء تجميع الأشياء إعادة الأرقام (١)		الفهم العام (١) رموز أرقام (١)	ترتيب صور (٣) المتشابهات (٢) إعادة الأرقام (٢) الفهم العام (١) رسوم المكعبات (١) تجميع الأشياء (١)	الفهم العام (٢) تجميع الأشياء (٢) رموز الأرقام (١) رموز الأرقام (١)	المفردات (٢) المتشابهات (٢) ترتيب الصور (٣) إعادة الأرقام (٢)	الفهم العام (٣) المتشابهات (٢) تجميع الأشياء رموز الأرقام (٢)

جدول رقم (٢٥)

٧ ـ ونستطيع أن نلمح في الجدول رقم (٢٥) ما يلي:

(أ) أن الاختبارات التي تتكرر دلالتها أكثر من مرة (كالتمييز بين المجموعتين ـ الانحراف عن المتوسط ـ التشتت عن المفردات) بالنسبة للمجموعة الكلية من المرضى السيكوسوماتيين هي الفهم العام وتجميع الأشياء وفي صالح الضابطة.

(ب) أن الاختبارات التي تتكرر دلالتها أكثر من مرة بالنسبة لمجموعة مرضى الجهاز المعدي معوي هي الفهم العام وإعادة الأرقام.

(جـ) أن الاختبارات التي تتكرر دلالتها أكثر من مرة بالنسبة لمجموعة مرضى القلب والأوعية الدموية هي تجميع الأشياء ورموز الأرقام.

٨ ـ كما نلاحظ على الجدول السابق من زاوية أخرى ما يلي:

(أ) أن الاختبارات الدالة المميزة بين المجموعة التجريبية والضابطة وتكرار وجودها في أكثر من مجموعة من مجموعات المرضى هي الفهم العام والمتشابهات وتجميع الأشياء في صالح الضابطة والمفردات في صالح التجريبية.

(ب) أن الاختبارات الدالة التي تكرر وجودها في أكثر من مجموعة من مجموعات المرضى، بالنسبة للتشتت عن المفردات في نمط الصفحة النفسية للمجموعة التجريبية هي ترتيب الصور والمتشابهات وإعادة الأرقام، وفي نمط الصفحة النفسية للمجموعة الضابطة هي الفهم العام وتجميع الأشياء.

٩ ـ نستطيع أن نقول من خلال الدراسة السابقة والعينة السابقة أن الاختبارات الآتية تصلح للكشف والتمييز بين المرضى السيكوسوماتيين وغيرهم من الأسوياء في الميدان الصناعي Industrial field وتكون عوناً للأخصائي النفسي الصناعي Industrial Psychologist وللأخصائي النفسي الإكلينيكي Clinical Psychologist عند اختياره للعمال الجدد وعند قيامه

بعمليات الإرشاد النفسي Counselling. والتوجيه المهني Guidance. وهذه الاختبارات هي:

١ ـ الفهم العام
٢ ـ المتشابهات
٣ ـ المفردات
٤ ـ تجميع الأشياء
٥ ـ ترتيب الصور

١٠ ـ النتائج السابقة يجب تناولها في حدود عينة هذه الدراسة من حيث فئات المرض والمهنة والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والعمر والتعليم والحالة الاجتماعية... إلخ.

مراجع الباب السابع

أولاً: ـ العربية:

١ ـ السيد محمد خيري ـ الإحصاء في البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية ـ النهضة العربية ١٩٧٠ مضرة ٥٣٤، ٥٣٥.

٢ ـ الكتاب السنوي للإحصاءات العامة لجمهورية مصر العربية ـ الجهاز المركي للتعبئة والإحصاء ـ القاهرة ـ يونيو ـ ١٩٦٩.

٣ ـ المؤشرات الإحصائية لجمهورية مصر العربية ـ الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء ـ القاهرة ـ نوفمبر ـ ١٩٦٩.

٤ ـ عطية هنا ـ التوجيه التربوي والمهني ـ النهضة المصرية ـ ١٩٥٩.

٥ ـ فرج طه ـ سيكلوجية العامل المشكل في الصناعة ـ رسالة دكتوراه بآداب عين شمس ـ ١٩٦٨.

٦ ـ كوفيل وآخرون ـ تأليف محمود الزيادي ترجمة علم نفس الشواذ ـ دار النهضة العربية ـ ١٩٦٨ صفحة ١٣٥.

٧ ـ لويس كامل ـ مقياس وكسلر بلفيو ـ نماذج التصحيح وجداول نسبة الذكاء والدلالات الإكلينيكية ـ مطبعة النهضة ـ القاهرة ـ ١٩٦٨ ص ٦٣.

٨ ـ محمود الزيادي ـ التوافق الدراسي لطلبة الجامعات رسالة دكتوراه ـ آداب عين شمس ١٩٦٥.

٩ ـ نورمان ماير ـ تأليف محمد عماد الدين إسماعيل وآخرين ـ ترجمة علم النفس من الصناعة ـ العربية للنشر والتوزيع ١٩٦٦.

١٠ ـ وليم ك. مننجر منروليف ـ تأليف محمد أحمد غالي ـ ترجمة أضواء

الطب النفسي على الشخصية والسلوك ـ مكتبة القاهرة الحديثة ـ ١٩٦٦ صفحة ١٨٢.

١١ ـ والتر فاندايك بنجهام ـ تأليف ـ فاروق عبدالقادر ترجمة سيكلوجية المقابلة ـ دار النهضة العربية (غير منشور السنة).

ثانياً: المراجع الأجنبية:

(12) - Anderson, E.W. & Trethowan, W. H., Psychiatry, Baillere Tindall , London, 1976, P. 202.

(13) - Alexander, Franz, Fundamental Concepts of Psychosomatic research from study of abnormal hehavior by: Zax & Stricker Macmillan comp., London 1968. P.273.

(14) - Balack, H.M Social statistics, Mc Graw Hill comp., New york 1960.

(15) - Cars, john & others, characteristic of symtom Mathched psychogenic and «real» pain patient on M M P I.

(16) - Dunbar, Flanders, Mind and psychosomatic Medicine, Random House, New york 1958, P. 136.

(17) - Harriman, Philip Lawerence, Edited by,: Encyclopedia of Psycholo, philosophical Liberary, New york, 1946, P.678.

(18) - Mordokoff Arnold M, & Golas Reith M., Coronary Artery disease and response to the Rosenzweig picture Frustrating study, jour, of Abnormal psychology, vol.73, N.4, 1968, P.381.

(19) - Mitscherlick Alexander, the Mecanism of Bi phasic defencein psychosomatic disease, International jour, of psychoanalysis, vol. 49 part 2-3. P.236.

(20) - Taborof Leonard H & Brow william H. Children Can have Peptic ulcer, From Book: Reflexes to intelligence by: Beck F Molish, the Free Press, Illinos, 1960, P. 377.

(21) - Reiser Morton F. psychoanalytic Method in psychosomatic Research, the International jour of psycho-analysis; 1968, V.49, 2-3, P.231.

(22) - Weiss E. & English O. , psychomatic Medicine Saunder. London, 1950, P-358.

(23) - Weider Arthur & others, Cornell Index, the psychological Cor. New york, 1949.

الباب الثامن

الدراسة الثانية

العوامل النفسية في أمراض الجهاز التنفسي
دراسة عن العلاقة بين الربو الشعبي والتوافق في العمل
لدى جماعة صغيرة من العمّال الصّناعيين

الفصل الثاني والعشرون

مقدمة نظرية عن أمراض الجهاز التنفسي

مقدمة: يتأثر الجهاز التنفسي Respiratory system بالانفعالات تأثراً عميقاً مثله في ذلك مثل الأجهزة المعدية معوية، والأجهزة الوعائية القلبية، والدليل على ذلك أننا في ظروف انفعالية معينة نتنفس بعمق، وفي ظروف انفعالية أخرى كما في حالات الخوف تكون أنفاسنا ممسوكة. أي نتنفس بصعوبة. كذلك نجد أن الشعور بثقل على الصدر غالباً ما يكون تمثيلاً رمزياً لوجود «حمل على عقل المريض» والذي يريد أن يزيحه من على كاهله بأن يتكلم مع الناس عن متاعبه. كما أن الشعور بكتم النفس أو الاختناق غالباً ما يمثل تحويلاً للانفعالات المكبوتة والتي لا يجد المريض فرصة التنفيس عنها بالكلام مع الآخرين. وكثيراً ما تسمح لنا «عملية تصريف» مشاعرنا أن نتنفس أسهل. كذلك فإن الثقل الذي يكون على الصدر غالباً ما يكون علة مرضية تصحب الهجوم الليلي nocturnal للقلق، وأن الهجمات الليلية في الربو الشعبي تكون أيضاً مسبوقة بحلم وقلق.

وفي مقالة لبنجر Binger عن سيكوبيولوجيا التنفس أشار إلى أن الجهاز التنفسي له علاقة بنائية ووراثية بالجزء المعدي معوي، وتبعاً لذلك تتشابه وظائفهما من عدة نواحي، فمن ناحية علم الأجنة embryology ينمو الجهاز التنفسي الرئوي من الجزء الخلفي للجدار البطني للجوف الأعلى. وأشار بنجر كذلك إلى أن كلا الجهازين يختصان بنقل المواد الآتية من البيئة الخارجية بعد اتحادهما لخلايا الأنسجة. كما أشار أيضاً إلى أن كلا

من الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي عرضة لاضطرابات تظهر على شكل تقلصات وتغيرات إفرازية.

ولقد قام الكسندر، وسول Alexander & Saull بتحليل رسوم التنفس فوجدا علاقة بين حركة التنفس والجوانب النفسية اللاشعورية من صراعات وغيرها. كما قام كريستي Christie منذ عدة سنوات بدراسة تستهدف التوصل للعلاقة بين نموذج التنفس ونوع العصاب. وعندما تناول أعصبة القلق أشار لحقيقة هي أن عرض الجهد في حين أنه يصنف كعصاب قلب إلا أنه أساساً عصاب تنفسي إذ أن العرض الثابت يكون نَفَسْ مقطوع Breathlessness، رغماً من أن المرضى يشكون من الخفقان والدوار والعرق وألم في القلب. وأشار إلى أن النفس المقطوع يكون انعكاس لميل لتنفس سريع وسطحي أكثر منه تنفس عميق. كما أشار إلى أنه بفحص الصدر في حالة عرض الجهد من الممكن القول أن التنفس يكون سريعاً أو سطحياً (غير عميق) ولكن رسوم التنفس توضح عدة نقاط يعتقد أنها تميز هذه الحالة تمييزاً أكثر: كعدم انتظام مستوى وعمق وسرعة التنفس. ويذهب كريستي إلى القول بأنه لا يعتقد أن كل حالات عصاب التنفس يكون لها نموذج خاص في رسوم التنفس، لكنه يقول بأنه يشعر أن عدم انتظام التنفس يشخص على أنه عصاب تنفسي.

وفي عرض فيس وانجلش Weiss, English لعلاقة التنفس بالقلق ذهبا إلى أن أغلب شكاوي المرضى العصابيين تتركز في العجز عن التنفس ويشير المريض إلى منتصف قفصه الصدري موضحاً مكان ضيقه وإلى أنه لا يستطيع الحصول على هواء كاف. كما أنه بالإضافة لذلك هناك مرضى لديهم قلق شديد يخافون من أن نفسهم قد يقطع فيقعون في فزع من ذلك (٢٢: ٦٠٣، ٦٠٥ ٦١٢).

البرد العام: رغماً من الاتفاق على أن سبب البرد العام Common Cold يتمثل في العدوى إلا أن هناك عوامل أخرى متضمنة خاصة لدى

المريض الذي تحدث لديه حالات البرد في أغلب الأحوال. فبعض المرضى يقولون بأن «عندهم برد طول الوقت» أو أنهم «يشفون من برد ليقعون في برد آخر» أو أنهم «يحدث لهم برد من أول الشتاء حتى بداية الربيع». ويتمثل الموقف أيضاً بصورة أوضح لدى الضيف الخجول الذي يجد نفسه جالساً في تيار شديد الهواء ويعرف أن ذلك سيسبب له البرد، ورغماً من ذلك فإنه يخاف التحرك من مكانه لكي لا يوجه النظر نحوه أو يشعر أنه قد يثقل على مضيفه لو طلب منه إغلاق النافذة.

كما يتمثل الموقف أيضاً لدى المرأة الصغيرة التي تركب عربة مكشوفة في يوم بارد مرتدية ملابس غير مناسبة للطقس، لأن المهم فقط بالنسبة لها هو تأثير مظهرها تأثيراً ساراً على الناس عن أن تفكر في الضرر الذي سيلحق بصحتها (٢٢: ٦٠٥، ٦١٢).

وفي دراسة كارل مننجر عن بعض العوامل النفسية اللاشعورية المرتبطة بالبرد العام يقول: من المعروف أن البكتريا هي سبب التهيج في وجع الزور Sore throat لكن عندما لا يكون للبكتريا علاقة بوجع الزور كما في حالة إحدى السيدات التي ظهر لديها ألم شديد في الزور أثر موقف تكلمت فيه بالسوء على أخلاق أحد أصدقائها، كما أن البحث التحليلي النفسي قد برهن على وجود علاقة بين البرد العام والنواحي اللاشعورية. ويذهب كارل مننجر إلى القول بأن كلا من سميث اليجليفي Smith Elyjellife، وفلكس دويتش Felix Deutsch، وجورج جرودك Gorge GroddecK لهم أعمالاً كثيرة في هذا المجال. وتتمثل أعمال جرودك في افتراض أن اللبيدو بطريقة أو بأخرى تعم البدن كله لكي يقبل أو يرفض العدوى طبقاً لبعض المتطلبات الغريزية، ومع أن هذا ليس تفسيراً علمياً كلية إلا أنه يربط بين النظريات البكترويولوجية من حيث المقاومة والحصانة، وبين النظريات النفسية لحماية وتدمير الذات. ويواصل كارل مننجر قوله بأن لكل محلل نفسي في العمل الإكلينيكي خبرة عن ظهور «البرد» لدى المرضى العصابيين.

وقام مننجر بتقديم عرض لحالة برد لم تكن عرضة كلية للبرد، وحدث لها البرد بطريقة أظهرت ميولها السيكولوجية بشكل واضح خلال التحليل وتركزت ميولها السيكولوجية هذه في شكل عدوان ضد الرجال بوجه عام وزوجها بوجه خاص، كما تبين أيضاً أن تأثير البرد في عينيها راجع لافتراض أن ذلك يرتبط ببعض الشعور بالذنب لرؤيتها بعض الأنشطة الأبوية. ويذهب كارل مننجر إلى أنه عندما يحدث اضطراب في الإشباعات المتعودة يحدث ما ذهب إليه فرويد «شكوى جسمية» (٢٢ : ٦١٢).

ويورد سول تحليلاً نفسياً أعمق لحالة برد عام من خلال ما قام بدراسته هو ومعاونوه لخمسة عشر مريضاً تم علاجهم بالتحليل النفسي لأسباب أخرى، وكانت عندهم نزلات برد غير عادية واحتقان في الحلق. وفي الحالة التي قام بعرضها والتي كانت لرجل متوسط العمر ذا شخصية سلبية، كان المكون السلبي لشخصيته لا شعوري، كما أنه كان على قدر من الاستقلال. ولقد وجد من الدراسة التحليلية لهذا المريض أنه عندما كانت تحبط توقعاته المتعلقة بما يريده من الآخرين في الحياة اليومية، فإنه كان يرى أحلاماً يهجم الناس فيها على فمه، كما أن زوجته لاحظت أن أحلامه تكون مصحوبة بسحق شديد grinding لأسنانه. ووجد إلى جانب ذلك أن إحباط رغباته يتبعه ظهور الزكام Coryza، والاكتئاب، وفقد الشهية للطعام، والإمساك والصداع. ولقد اختفت الأعراض لدى هذا المريض نتيجة استبصاره بالعوامل النفسية اللاشعورية التي تقف وراء اضطرابه. ويذكر سول Saull أن بعض حالات السيلان المخاطي الصديدي الأبيض المهبلي Fukorruhu يكون مصحوباً بنزلات برد كذلك وجد أن النواحي الانفعالية المرتبطة بإفراز الأنف المصاب بنزلة برد، هي نفس النواحي الانفعالية المرتبطة بالإفراز المهبلي للمصاب بنزلة برد. ولقد وجد أن مما يشير إلى وجود علاقة بينهما هو تشابه البطانة المخاطية ووجود أنسجة ممتدة erecticle tissue بين المناطق التناسلية والأنفية. ويعتقد سول ومساعدوه أن الشعور العام بالتعب وفقد الطاقة والإحساس العام بالمرض

malasia التي تشاهد غالباً في حالات البرد هي مظهر لحالة انقباض وقلق.

وفي عرض فيس وانجلش عن علاقة التغذية بالبرد يقولان: لقد اعتقد أنه سواء كان سبب البرد جرثومة أو فيروساً أو تغيرات في درجة الحرارة أو حساسية أو عدداً من هذه العوامل، فلقد ظهر أن العامل الانفعالي كان هو العامل المسبب أساساً للمرض وأن القول القدير «غذي البرد - جوع الحمي» Feed a cold starve fever يبين لنا أن الناس الذين أعيقوا انفعالياً قد يرضى الأكل بعض حنينهم وعلى هذا الأساس فإن الأكل له دور آخر أكثر من مجرد التغذية (٢٢ : ٦٠٥).

وهكذا يتضح من الدراسات السابقة أنها تركز على الجوانب النفسية اللاشعورية التي تقف وراء أعراض البرد العام، خاصة في الدراسات التحليلية الفردية. وتتمثل هذه الجوانب اللاشعورية في الخبرات القضيبية المؤلمة، مشاعر الذنب المرتبطة برؤية قضية الرجل، وإحباط الرغبات، والاكتئاب والقلق.

التدرن الرئوي: تبرهن الدراسات التي تهتم بالتدرن الرئوي tuberculosis أن هناك أكثر من سبب لهذا المرض بالإضافة للعامل التكويني. كما أنه قد تأكد في هذه الدراسات. أن النواحي الانفعالية المرتبطة بعادات الأكل والشهية للطعام والتغذية قد تكون مسؤولة عن خفة الوزن والذي نجده لدى الكثير من حالات التدرن الرئوي.

ويذهب فيس وانجلش إلى أنه لوحظ بواسطة الأطباء والممرضات اللائي يعملن في مصحات التدرن الرئوي، أن هناك ارتفاعاً في حدوث العصاب لدى من يعاني من هذا المرض. وغالباً ما يعزي العصاب للمرض أي أن العصاب يكون ناتجاً عن المرض، وليس هو سبب المرض. ومع هذا فإن التكوين العصابي قد يكون موجوداً قبل بدأ المرض. ومعنى هذا أنه قد يكون عاملاً في تسبيب المرض. وبعبارة أخرى فإن الأعراض العصابية في التدرن الرئوي تكون نتيجة للميول العصابية الموجودة من قبل

في الشخصية (أي قبل وقوع المرض). ويضيف فيس وانجلش بأن الحاجة القوية للحب والحماية تشاهد في بعض الحالات التي تمت دراستها وهي نفس الحاجات التي وجدت في مرض الجهاز المعدي معوي (٢١ : ٢٢٩).

وتقول فلاندرز دنبار بأن سير وليم أوسلر William osler هو الطبيب الذي نبه إلى أن السل الرئوي، يعتمد على ما في رؤوس المرضى أكثر مما يعتمد على ما يكون في صدورهم. وتذهب دنبار إلى أن معظم الضحايا يأتون من البيئة الكلاسيكية للسل T. B لأنهم يعيشون في أماكن مزدحمة جداً أو قذرة ومساكنها لا هواء ولا شمس بها، كما أنهم يتعرضون للبرد والرطوبة، وتغذيتهم أقل بكثير بحيث لا تفي بمتطلبات البدن. وتقول دنبار بأن هؤلاء الضحايا كانوا يأتون من هذه البيئات في عام ١٩٠٠ أما الآن فإن نسبة أكبر من مرضى السل يأتون من المستويات العالية المرتفعة من حيث الغذاء والمسكن الصحي. وتذهب دنبار إلى القول بأنه من الطبيعي أن تكون جراثيم التدرن الرئوي في كل مكان، لكن يجب أن نضع في الاعتبار لماذا هناك فرد ما تتهيأ لديه البيئة الفعالة لهذه الجراثيم، وهناك فرد آخر لا تتهيأ لديه مثل هذه البيئة الفعالة؟. وتقول دنبار: لقد برهن العامل الانفعالي على أن أثره عظيم في بعض الحالات عن أثر الضعف الفسيولوجي أو القابلية لدى الأنسجة للتأثر. وتضيف دنبار قائلة: بأن هناك شخصية تكون مهيأة لأمراض معينة أي أن الجسم والعقل يكونان معدان لاستقبال المرض الذي يبدأ في التغلغل ويفشل المريض في الاستجابة للعلاج الذي يؤدي لشفاء سريع في حالات أخرى، ويعرف كل طبيب ذلك في مرضاه. فأحوال العقل لدى مريض السل تلعب دوراً كبيراً في المرض. وتعرض لنا دنبار حالة قامت بدراستها يتضح لنا فيها التفاعل بين العقل والجسم، ولقد ماتت أم المريض من التهاب رئوي وكان والدها ذا نفوذ أقل من الأم في البيت وثارت البنت (المريضة) ضد المعايير الجامدة التي وضعتها الأم. ولقد تزوجت المريضة مرتين وبعد عام من زواجها الثاني لرجل لم تكن متوافقة معه (من الناحية المزاجية) ظهر عندها السل وأرسلت للمصحة وساءت

حالتها بها، وذهبت للطبيب النفسي حيث اتضح له أن لديها قلقاً وأنها غير راضية وغير سعيدة في حياتها (١٧ : ٢٢٨).

ولقد اكتسب دكتور جورج داي Dr. Gorg day الطبيب الإنجليزي خبرة طائلة كممارس عام وكمتخصص في علاج مرض السل وكطبيب نفسي في نهاية الأمر، إذ أدى به هذا كله إلى التعرف على العوامل الانفعالية المتعلقة بالمرض. ومما أدهش دكتور جورج داي وجود رجال ونساء صغار بالمصحة بقلوب تعبة وهم في سن يفترض فيه أن صحتهم الجسمية قادرة على مقاومة الباسيليات، كما أن تاريخهم يشير إلى أنهم لم يتعرضوا للظروف التي تسهل نمو وظهور المرض. ولقد عارض دكتور داي الفكرة التي تقول بعامل الصدفة أي أن الصدفة المحضة هي التي جعلت فرداً ما يقع في المرض بينما لا يقع الآخرون، وذلك لأنه وجد عدداً كبيراً من المرضى يعانون من علاقة حب فاشلة، ولديهم صعوبات انفعالية تتصل بالاستقلال والاعتماد على النفس واجهتهم في السنين الأولى من حياتهم بسبب الضغوط الشديدة التي كانوا واقعين تحتها. هذا إضافة لما لاحظه دكتور جورج داي لدى البنات اللائي لديهن شعور بالذنب، والرجال الذين انغمسوا في ظروف حب لم تكن مرضية، والنساء اللائي يبحثن عن المتعة والفخفخة في الأحلام (١٧ : ٢٢٩).

وتوضح لنا دراسة هارتز Hartz من جانب آخر علاقة بعض الميكانيزمات النفسية العميقة بظهور التدرن الرئوي. ويعرض هارتز توضيحاً لذلك بحالة بنت عمرها ١٩ تسعة عشرة عاماً أصيبت بالتهاب رئوي ثم عادت لمدرستها بعد عام لتحسن صحتها، وقد وجدت دماً ببصاقها Blood spirring لم تخبر أحداً به. وأظهرت الأشعة وجود تدرن رئوي كما صاحب ذلك هجمات من القلق. وكانت المريضة ابنة لأبوين مطلقين، الأب صنع نفسه بتعلم ضئيل ويعمل مراسلاً رياضياً لبعض الصحف والمجلات، والأم متعلمة، وكانت جدة المريضة (لأمها) متسلطة عليها. ولقد حنقت المريضة على القواعد الجامدة المحددة التي وضعتها الجدة. وتعلقت البنت بأبيها

وكرهت الأم وأصبح نشاطها في المدرسة مرآة لنشاط الأب، ورحب الأب بتقمص ابنته لشخصيته وتحاشت البنت الاستجابة لمطالب الأم. ولقد لاحظت هارتز زيادة مرض الدرن لدى المريضة عندما علمت بشفاء أمها من مرض اكتئاب، فاقترب بذلك مجيء أمها لزيارتها بالمصحة حيث اقترحت عندئذ عودة ابنتها للمنزل فصرحت البنت بحنقها على سلوك الأم. وبعد أشهر قليلة من ترك المصحة وعودتها للمنزل مع أمها عادت الأعراض وانتشر المرض في الرئة.

وفي مقابل الآراء السابقة فشل كولمان Coleman وأتباعه في ملاحظة أي عوامل شخصية لها علاقة مسببة بمرض التدرن الرئوي، لكنهم أكدوا أن أي علاج طبي لا بد أن يتضمن إرشاد المريض بمرضه وتبصيره به، كما أكدوا ضرورة وضع خطة تتضمن العوامل العضوية والنفسية، وعمل إعادة تكيف اجتماعي للمريض (٢٢: ٦١٢).

ويذهب لافورجيه Laforghue إلى أن التدرن الرئوي ينتشر انتشاراً كبيراً بين عدد من النساء اللائي يخضعن للأشقياء من الرجال فيحقق لهن (أي المرض) ما يبغينه من اللجوء للجراح ليكن ضحية مشرطه بدلاً من الطبيب الباطني (١١: ١٣).

وإننا نلاحظ من خلال العرض السابق أن هناك مجموعة من العوامل قد تناولتها الدراسات السابقة لها علاقة بالتدرن الرئوي كالعامل التكويني والتكوين العصابي المتمثل في القلق والعامل الانفعالي. ويؤكد ذلك أن الظروف التي كان يعزى لها هذا المرض في الماضي كسوء التغذية والمسكن غير الصحي ليست هي العامل الرئيسي، بدليل أن أغلبية المرضى ينتمون لمستويات اقتصادية مرتفعة. ولقد اتضح أيضاً أن الصعوبات الانفعالية لدى هؤلاء تكون ناشئة من مواقف الحياة الأولى التي يواجهونها.

الربوي الشعبي: تقول فلاندرز دنبار: يشتق الربو الشعبي Bronchial A sthma من الكلمة اليونانية التي تعني لاهث Panting فالمريض يجد

صعوبة في التنفس كما يحدث تزييق Wheeze في صدره واختناق، يتهيج ويلتهب فيه الغشاء الشعبي المخاطي Bronchial mucous memberance فيعترض الالتهاب مرور الهواء خلال قنوات الشعب ويؤدي البلغم phlegm لعقبات أكثر. وتصبح بالتالي عضلات التحكم في مسلك الشعب خاضعة للتقلص العضلي اللاإرادي (التشنج Spasm) وتلك تسد مرور الهواء. وفي أي حالة من حالات الربو يجد المريض صعوبة في التنفس تتمثل في تزييق خفيف في الصدر gentle wheeze والذي يلاحظ بصعوبة في النوبة المرضية الحادة acute paroxysms. وتقول دنبار يوجد نوعان من الربو: ربو خارجي extrinic A. أسبابه ترجع لعوامل خارجية كالتراب وحبوب اللقاح والطعام وشعر الحيوان، والآخر ربو داخلي Intrinsic يرجع سببه لاضطراب الجهاز الغدي والانفعالي أو لأسباب داخلية أخرى كعيب في عملية الأيض أي عملية الهدم والبناء في الجسم. وتقول دنبار من الممكن أن يوجد أو غالباً ما يوجد النوعان من الربو معاً، وإذا وجد الأول وحده ممكن أن يشفى المصاب بالابتعاد عن الاتصال بالمواد الخارجية التي تسببه، لكن النوع الآخر لا يمكن ذهابه من أجسامنا وعقولنا (١٧ : ٢٢٩).

ويورد مصطفى زيور في مقالة له عن الطب النفسي الجسمي عرضاً شيقاً ودقيقاً عن الربو الشعبي. فيذهب إلى القول بأن الأطباء عرفوا من زمن بعيد دور العوامل النفسية وأهميتها في إثارة نوبات الربو مثل لينيك Laenec الذي عرض حالة مريض كانت تحدث له نوبة الربو إن وجد في مكان مظلم أو أغلق باب غرفته كما يذكر الدكتور تروسو Trousseau ما كان يحدث له من نوبات ربو تحت التأثير النفسي الذي أحدثه الاعتقاد بأن شيئاً ما سرق من بيته. كما عرض الدكتور جالوب Gallup حالة مريض تحدث النوبة لديه نتيجة رائحة السيارات. ويشير مصطفى زيور إلى أن البحوث الخاصة بالأليرجيا لم تتمخض إلا عن نتائج ضئيلة، بينما تقدمت البحوث النفسية تقدماً كبيراً وظهرت أهمية الجانب النفسي (١٠ : ٣٣٧).

ويذهب فيس وانجلش في هذا الصدد إلى القول بأنه ظهرت الكثير

من الأبحاث والمقالات التي كتبت عن علاقة الانفعالات بالربو الشعبي، كما ذهبا إلى القول بأنه قد لوحظ أن الذين يعانون من الربو غالباً ما يبدو أن معظم الهجمات تكون لجذب الانتباه إليهم. كما أنه نتيجة ما لديهم من ضيق وقلق فإنهم يعملون على اضطراب حياة من حولهم، كما أن الكسب من هذا السلوك يكون ثانوياً فقط (٢٢ : ٦٠٣).

ويقـول انـدرسـون وتـريثـوان Anderson & trethowan أن القلـق والإحباط والعدوان المكبوت قد يعجل بعمل هجمات الربو أو يضخم استجابة الربو وإن أي مريض بالربو يظهر لديه ذهان لا تظهر لديه هجمات الربو طوال بقاء الذهان (١٣ : ٦٥).

ولقد فحص كل من ماك درموت، وكوب .Mc. Dermot & Cobb في مسح إكلينيكي خمسين حالة ربو شعبي من وجهة النظر السيكاترية فوجدا من دراستهما ما يلي:

(١) ٣٧ مريضاً من الخمسين لديهم مكون انفعالي له علاقة بنوبات الربو.

(٢) ١٣ مريضاً من الخمسين لا تأثير للنواحي الانفعالية في مرضهم وأغلبهم ذكور صغار.

(٣) ٢٠ مريضاً ذكروا أن الهجمة الأولى تكون مسبوقة بنواحي انفعالية.

(٤) ٣١ مريضاً ذكروا أن الهجمة الأخيرة تكون مسبوقة بنواحي انفعالية.

(٥) ٣٠ مريضاً أظهروا سمات عصابية ذا خاصية قهرية.

(٦) ٢٠ ٪ من المرضى الذين لديهم اضطراب انفعالي استفادوا من العلاج الجسمي في حين أن ٥٤ ٪ من المرضى الذين ليس لهم اضطراب انفعالي استفادوا من هذا النوع من العلاج. وبالمثل فإن ٢٠ ٪ من

المجموعة العصابية استفادوا من الأدوية في حين أن ٥٠ ٪ من المجموعة التي ليس لديها نواحي انفعالية قد استفادوا.

ولقد درس ستراوس Strauss العامل النفسي النشوئي في الطفل المصاب، فوجد أن نسبة كبيرة جداً منهم لديهم قلق وعدم شعور بالأمن ويعكس هذا في الغالب ما لدى الوالدين من القلق وعدم الشعور بالأمن. ويقول ستراوس أن الأطفال الذين لديهم ربو يقعون في مجموعتين: الأولى الأطفال المرغوبين جداً من والديهم كالطفل الوحيد أو الأول في الميلاد أو الطفل الوحيد بين عدة بنات أو العكس (أي البنت الوحيدة بين عدة أولاد). والمجموعة الثانية هم بوضوح الأطفال غير المرغوبين لكراهية لا شعورية من الوالدين نحوهم (٢٢ : ٦٠٥).

وتضيف دراسات روجرسون Rogerson وهاردكاستل Hardcastle إلى الخصائص السابقة صفات أخرى يتميز بها هؤلاء الأطفال، من ذكاء عالٍ تكشف عنه اختبارات الذكاء اللفظي، وضعف في القدرة على العمل اليدوي وقلق ملحوظ وانعدام الثقة بالنفس، وقدر كبير من العدوان والتمركز حول الذات. ولقد تبين أن آراء هؤلاء الأطفال يغالون في العطف عليهم، وهذا العطف يخفي تحته بغضاً مكبوتاً. ولقد رأى الأطباء في علاجهم لتلك الحالات أن لا يكون الآباء أكثر انشغالاً من اللازم على أبنائهم لتتاح للأطفال فرص أكثر للاستقلال (١٠ : ٣٣٧).

ولقد عرضت دنبار لسبع حالات ربو فوجدت أن اعتمادهم القوي على الأم اعتماداً مبالغاً فيه. وتقول دنبار أن الأم ليست المشكلة الأولى لدى مريض الربو، وذلك لأن الجنس أحد الصعوبات الشائعة المتمثلة عندهم والمتصلة اتصالاً وثيقاً بالأمومة. وبوجه عام وجدت دنبار أن المريض بالحساسية لديه حب استطلاع وإغواء جنسي ـ ليس من الضروري أن يكون رغبة جنسية قوية ـ ويميلون للخوف منها لأن أي تعبير عن حب استطلاعهم أو أي محاولة لإرضاء الإغواء سوف تسبب فقد عناية الأم

وعطفها. وتقول دنبار لقد لعبت الأم دوراً في ذلك لتفاديها كلية الكلام في الجنس مع أطفالها أو تنظر له نظرة خجل أو قذارة أو شر. وبعد ذلك قامت دنبار بعرض سبع حالات لأطفال لديهم ربو وتساءلت لماذا أظهر هؤلاء المرضى «مرض الربو» عن أي مرض آخر؟. وقالت من المحتمل أن يعتمد ذلك على أكثر من عامل انفعالي إذ أن جميع الحالات ما عدا حالة واحدة وجد بين أقاربهم الوثيقين مرض الربو. وتذهب دنبار إلى القول بأن الجانب الوراثي في نشوء القابلية للحساسية هو أهم العناصر المعروفة في الطب. وتقول دنبار : من الواضح أن المريض يميل لتعميق الانفعالات والتي بالتالي من المحتمل أن تزيد المرض. فالطفل المصاب بالربو لديه خوف من أن تحدث له هجمات الربو وهو وحيد، كما أن العجز والإحساس بالاختناق يؤدي به للاعتماد أكثر من إخوته الأصحاء على خدمات الأم أو بديل الأم (١٧ : ٢٢٨).

وتثري الدراسات التي استخدمت اختبار بقع الحبر لرورشاخ جوانب المرض وضوحاً فتذهب هذه الدراسات إلى افتراض أن الاضطرابات في الشخصية توجد قبل هجوم مرض الربو. ولقد أيد سكاتيا Schatia من خلال تحليله لسجلات الرورشاخ الخاصة بأربعين مريضاً بالربو الشعبي ما جاء على يد عدد من المشتغلين بالتحليل من انطباعات خاصة بأن المريض بالربو يميل لأن يكون ذا شخصية قهرية. ولقد أثارت دنبار الانتباه لهذه الحقيقة عام ١٩٣٨، ولاحظ فلكس دويتش Felix Deutch شيئاً شبيهاً بهذا من خلال دراسات التحليل النفسي (٢٢ : ٦٢١). وأن أهم الدراسات التحليلية النفسية التي عملت على الربو كانت فيما بين عامي ١٩٣٧، ١٩٤١ في معهد شيكاغو التحليل النفسي حيث درس فرنش French سبعة وعشرين مريضاً على فترات امتدت من أسبوعين إلى ٤٣ شهراً (من بينهم السبعة الذين أشير إليهم سابقاً في دراسات دنبار) ورغماً من أن خمسة عشر لم يكملوا برنامج التحليل المخطط لهم، فكانت النتائج في الحالات السبع والعشرين كالآتي: ١١ ليست لديهم أعراض، ٨ حدث عندهم تحسن كبير،

١ لم يحدث لديه تحسن، ٧ لم يحدث تغير. وتقول دنبار إن السبعة الذين لم يتغيروا كان لديهم عصاب شديد (١٧ : ٢٢٩). وتتلخص نتائج تلك الدراسة في:

(أ) الاختلاف في سمات الشخصية: وجد أن الذين يعانون من الربو يختلفون في شخصياتهم فهم من نوع المضطربين انفعالياً، ووجد أن عدداً من المرضى كانوا طيبين في طفولتهم وفي شبابهم إذ تميز سلوكهم بالدافع للمساعدة والبذل نحو الآخرين. كما تميز بعض الأطفال بالسلوك العدواني، وفي أحد المرضي من الشباب كانت شخصيته قهرية.

(ب) الخصائص العامة: ورغماً من الفروق السابقة ظهرت خصائص عامة لدى الحالات فقد وجد أن المريض تحدث لديه النوبة عندما يتعرض لموقف قد يبعده عن الأم، وهذا قد يحدث في مواقف الحياة الحقيقية (التي تتطلب الاعتماد والاستقلال) والخوف من فقد حب الأم. وهذه الانفعالات قد تطرح على الطبيب أثناء العلاج، وخوف المريض من فقد حب الطبيب تحل محل خوفه الأصلي من فقد حب الأم.

(جـ) العلاقة بالصياح: ويذهب الكثيرون إلى أن نوبة الربو مساوية لصياح القلق أو الغضب الذي كف أو كبت. ولبعض الأسباب فإنه في المواقف التي تميز نوبات الربو يكون الطفل غير قادر على الصياح. وذكر بعض المرضى بأنهم لم يصيحوا منذ عدة سنوات، وتباهي الآخرون بأنهم لم يخافوا أبداً وفي بعض الحالات التي عولجت لوحظ أنه بانتهاء نوبات الربو تظهر نوبات الصياح بدلاً منها (٢٢ : ٦٠٣).

وتقول دنبار في هذا الصدد. إن الخبرة الأولى للمولود الطفل هي مشكلة التنفس وأول عمل مستقل للوليد بعد الميلاد هو أن يبدأ في التنفس ويبدأ ذلك بالصياح وتقول دنبار إنه في سنوات شباب المريض بالربو، سوف يجد أن الهجوم يخمد عندما ينفجر في الدموع والبكاء (١٧ : ٢٢٩).

(د) التهديد بفقد حب الأم: إن الخوف من الإغواء Temptation وفقد الحب المهدد بالخضوع للإغواء يبدو أنه يحدث خاصة في العلاقة مع الأم. ولقد لوحظ في تاريخ الأسر أن الأم تهتم غالباً بالطفل وتعتنى به وتضم الطفل إليها في علاقة اعتمادية. وفي نفس الوقت تعترض الأم على اهتمامات الطفل التناسلية بتهديده بحرمانه من حبها. وإنه لمن المدهش أن أمهات هؤلاء المرضى لعبوا دوراً مزدوجاً في كونهم في آن واحد مغريين Seductive ومانعين Prohibitives وأن أربعة من ستة ذكور مرضى من الشباب استمروا في النوم مع أمهم حتى عمر البلوغ.

(هـ) العدوان: وجد أن الموقف المهدد بفقد حب الأم لا يظهر في كل حالة، فحمل الأم أو ميلاد أطفال آخرين يبدو أنه يلعب دوراً في التعجيل بنوبة الربو لأن في ذلك تهديد واضح بفقد حب الأم. وتلك بالتالي تستشير دفعات عدوانية تجاه كل من الأم والطفل الأصغر (٢٤ : ٦١٢). ويقول الدكتور مصطفى زيور في عرضه لحالة ربو شعبي: إن الرغبة في العدوان عامل شديد الأهمية في إحداث أزمات الربو، ويقول: إن الغيرة من الأخ والأخت أو ضد بطن الأم في حالة الحمل تستشير الرغبة في العدوان (١٠ : ٣٣٧).

ويقول الكسندر .Alexander F موضحاً رأيه في الربو كمكون لعرض هستيري: توجد في الربو مكونات لعرض تحول هستيري، إذ أن الربو ممكن أن يخدم كتعبير مباشر وبديل جزئي لانفعال مقموع مثل الرغبة في الصياح، ويقول الكسندر إن التنفس ـ رغماً من أنه وظيفة لا إرادية ـ فإنه يقع تحت سيطرة الإمدادات العصبية الإرادية. ويقول الكسندر أن هذا لا يعني أن الإفزاز الحمضي للمعدة يسير وفق هذا النظام فهو مصاحب (أي الإفزاز الحمضي) للحالة الانفعالية ولا يستخدم كتعبير رمزي كما في الكلام والصياح (١٤ : ٢٧٣).

ومن الدراسات التحليلية النفسية الحديثة ما قام به ويلسون ;C

Phillip Wilson بهدف دراسة العلاقة بين الربو الشعبي السيكوسوماتي والإعراب السلوكي Acting out (التنفيس بالتنفيذ). فقد قام فيليب ويلسون بدراسة مريضة لم يكن لديها تاريخ سابق يتعلق بوجود الربو، إلا أن أعراض الربو ظهرت في المراحل النهائية من التحليل، وكانت المريضة تبلغ من العمر ٢٥ عاماً. وحضرت المريضة للتحليل ولديها صراعات فمية حادة إذ كانت تشرب الكحول كل ليلة بعد عودتها من العمل، كما كانت حالتها تتسم بالاكتئاب الشديد الانتحاري، بالإضافة إلى أنها كانت في عملها غير متوافقة، فتفقد هذا العمل لتنتقل لذلك. وكانت الأم تشرب الكحول. كما تميز سلوك الأب بالقهر فكان يقوم يومياً بعمل تمرينات رياضية وهو عاري من ملابسه، كما ظهرت لدى أخ المريضة ميولاً فصامية. ولقد كانت ولادة هذا الأخ صدمة بالنسبة لها فأخذت تمص أصابعها بعد ولادته، كما حدث لها بعد ذلك التهاب رئوي صاحبه كوابيس ومشي أثناء النوم، هذا إلى جانب أن تقاريرها المدرسية قد اتسمت بالضعف وعدم الكفاية. ويقول ويلسون لقد أعربت المريضة سلوكياً عن أخيلتها مع سلسلة من الحيوانات المحنطة فبدلاً من التعبير عن الغضب معي في الجلسة، كانت عندما تذهب إلى البيت تزجر وتعاقب الدمى المختلفة التي على هيئة حيوانات. ويقول ويلسون: لقد فسر إعرابها السلوكي السادي مازوخي كمحاولة لإجباره على الطاعة وإخافته كما نجحت في ذلك مع والديها. ويقول ويلسون: إن البناء الدينامي في الربو هو نفسه في الفوبيا كالتفكير السحري والقدرة على كل أمر. ويقول ويلسون: لا توجد صورة محددة لشخصية مريض الربو ولأخيلته اللاشعورية، لاختلافها من مريض لآخر ولقد وجدت سبرلينج (١٩٦٣) ديناميات مشابهة في عملها مع الأطفال الذين لديهم ربو (٢٣ : ٣٣٠).

ومن الدراسات التجريبية على الأطفال الذين لديهم ربو تلك التي قام بها بارتا ديلسي Barta Delesly، ولود فايكوفا Ludvikova حيث هدفا من هذه الدراسة إلى معرفة الاستعداد الانفعالي لدى الأطفال الذين عندهم

ربو، من خلال الكشف عن درجة النشاط الانفعالي التي يحاول عندها الطفل التخلص من الدفعات غير السارة. فقاما في تجربتهما بإمرار تيار كهربائي في الفصوص المخية لأربعة وأربعين طفلاً عندهم ربو شعبي وتكونت المجموعة الضابطة التي يدخل فيها المتغير التجريبي السابق من أربعة وأربعين طفلاً عادياً. ولقد طلب من كل مفحوص أن يخبر المجرب عندما يصل الإحساس لديه بالتيار الكهربائي (مثير غير سار) درجة لا يمكن احتمالها. ولقد وجد الباحثان أن حد التحمل منخفض انخفاضاً دالاً لدى مرضى الربو عن العاديين (١٥: ٤٢٦). ومن الدراسات التجريبية الأخرى تلك التي أجريت على الحيوان والتي قام بها نولب Nolep ،ونولب اسك انهاجر Nolep esch-enhager (٥١ ــ ١٩٥٢) إذ أكدوا أنه بعد إعادة عمل نوبات الربو المقترنة بمنبه سمعي فإن عدداً من حيوانات التجريب أظهرت أعراض ربو شعبي بالنسبة للمنبه السمعي وحده (١٦ : ٤٠٨). ولقد أكدت التجربة السابقة بإجرائها على الإنسان على يد دكر Dekar (١٩٥٧) فقد استنشق مريضان يعانيان من ربو شعبي حاد الدخان، وهم بالطبع يكونون شديدي الحساسية بالنسبة له، وبعد الاستنشاق المتكرر لذلك الدخان والذي لا يعمل كمنبه غير شرطي لهجمات الربو تم استنشاق محلول محايد لا ينتج تغيرات تنفسية. فوجد أن هذا المحلول المحايد قد أنتج نوبات الربو. وفي نواحي أخرى من التجربة وجد أن استنشاق الأكسجين أو حتى الاستنشاق من خلال المبسم Mouthpiece لكلا المنبهين المحايدين السابقين (المحلول ـ الأكسجين) قد اكتسبا القدرة على استثارة نوبات ربو شديدة (١٦: ٤٠٨).

ولقد استخدمت دراسات دكر Deker وجرون Groen (١٩٥٧) الخاصة بتحليل سلوك المريض بالربو منبهات مختلفة لإنتاج نوبات الربو لدى جماعة من المرضى. حيث شملت هذه المنبهات رؤية التراب وسماع أحاديث في الراديو لسياسيين ذوي تأثير ونفوذ، وسماع النشيد الوطني anthem ورؤية السمك الذهب والطيور المحبوسة، وسقوط الماء والخيول

وشم بعض الروائح. كما استطاع دكر، وجرون إنتاج نوبات الربو في المعمل بطريقة مبسطة وذلك بعرض المنبه الشرطي نفسه أو حتى صورة منه (١٦ : ٤٠٨).

وقبل الانتهاء من هذا العرض للدراسات المتعلقة بالربو الشعبي على اختلاف أنواعها ومنظورها سنتكلم عن بعض الآراء والدراسات التي تعرضت أيضاً لموقع اختيار أعصبة العضو في الربو الشعبي. وفي هذا الصدد يتساءل جلسبي Gillespie فيقول: لماذا يختار الكائن الحي الربو كنموذج خاص للتعبير عن عدم الراحة العقلية؟. ويقول جلسبي رداً على تساؤله أن العامل التكويني لا يمكن إغفاله، كذلك الوجود السابق للخوف من مرض الرئة، والوجود السابق لمرض الرئة وضيق التنفس. ويقول فيلكس دويتش Felix Deutsch أن الصراعات الناتجة عن التفاعل بين الأم والطفل تشكل خلفية مرض الربو الشعبي. أما دنبار فتقول إن أي اضطراب سيكوسوماتي يكون معتمداً على مكون معقد من العوامل النفسية والجسمية التي تلعب أدواراً هامة في التكوين الكلي للأفراد المختلفين (٢٢ : ٦١٢). وتقول دنبار: إن هناك انفعالات نوعية معينة يبدو أن لها علاقة بالربو وحمى الربيع، ويعتبر الصراع المتعلق بالحنين من أجل حب الأم وعنايتها واحداً منها. والصراع الانفعالي الثاني للأليرجيا هو ذلك الذي يكون ناتجاً عن الرغبة اللبيدية المكبوتة والتي غالباً ما تكون متصلة اتصالاً وثيقاً بالحنين للأم (١٧ : ٢٢٨). ويقول فيس وانجلش إنه في حالات الربو التي درست بواسطة دنبار كان الكفاح من أجل الفراق عن الأم هو المشكلة الانفعالية الهامة (٢٢ : ٦٠٣).

الخلاصة:

لقد تبين لنا من خلال العرض السابق اهتمام الدراسات المتعلقة بالربو الشعبي وتركيزها على الجوانب السيكاترية (ورموت وكوب ــ ستراوس) أو النواحي النفسية اللاشعورية (زيور ـ دنبار ـ فرنش ـ الكسندر ـ ويلسون) من خلال التحليل النفسي للحالات الفردية، أو الدراسة

التجريبية (بارتاد ولسلي ـ لورفايكوفا ـ نولب ـ دكروجرون) والذي يتم فيها إنتاج الربو تجريبياً. هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإنه على قدر مسحنا للدراسات النظرية، فقد وجد أن القليل من الدراسات قد اهتمت باستخدام المقاييس والاختبارات النفسية (روجرسون وهاردكاسل ودوبوجيد ـ سكاتيا) وبالإضافة لذلك فإن معظم العينات التي أجريت عليها هذه الدراسات من الأطفال (ستراوس ـ روجرسون وهاردكاسل ـ ونبار ـ بارتادلسلي ـ لورفايكوفا). وتلك النقطة الأخيرة الخاصة بالعينات هي التي مثلت بالنسبة لنا دافعاً كبيراً لإجراء تلك الدراسة على عمال يعملون بالمجال الصناعي في مصر.

* * *

الفصل الثالث والعشرون

أهمية دراسة أمراض الجهاز التنفسي لدى العمال الصناعيين المصريين

مقدمة: لتأكيد أهمية أمراض الجهاز التنفسي على العمال الصناعيين المصريين قمنا بعمل دراستين.

الدراسة الأولى تتعلق بالإجابة عن السؤال الآتي: هل العوامل المهنية تلعب دوراً أكبر في أمراض الجهاز التنفسي أم العوامل النفسية؟

والدراسة الثانية تحاول أيضاً الإجابة عن السؤال الآتي: أي فئات الاضطراب السيكوسوماتي أقل في كفاءته الإنتاجية؟ وبصورة أخرى: هل مرضى الجهاز التنفسي أقل أم أكبر أم لا يوجد فرق بينهم وبين الفئات الأخرى من الاضطراب السيكوسوماتي في المؤشرات والمحكات المتعلقة بالكفاية الإنتاجية في العمل؟

الدراسة الأولى:

عن الفروق في عدد مرضى الجهاز التنفسي بالإدارات التي تتعرض لغازات وأتربة، والإدارات التي لا تتعرض:

قمنا بعمل دراسة (في شركة الحديد والصلب بحلوان وهي من أكبر المشروعات الصناعية بعد السد العالي) للبيانات الخاصة بالتردد على العيادة الطبية بالشركة خلال عدة سنوات متتالية. والهدف من وراء دراسة هذه البيانات وتحليلها إحصائياً الكشف عن أي العاملين الآتيين يكون له دور أكبر من الآخر في إحداث أمراض الجهاز التنفسي: العوامل المهنية أم

العوامل النفسية، وذلك بمقارنة نسبة توزيع هذه الأمراض لدى العاملين في الإدارات التي يتعرض العاملون بها لأتربة وغازات تتضمن مواد من شأنها تسبيب هذه الأمراض من جهة، ولدى العاملين في الإدارات التي لا يتعرض العاملون بها لهذه الأتربة والغازات من جهة أخرى.

ويوضح الجدول رقم (١) توزيع هذه الحالات بشركة الحديد والصلب كما هو مبين بتقرير العمالة السنوي للشركة عام ١٩٦٧ ـ ١٩٦٨ وذلك في مجموعتين من الإدارات. أحدهما يتعرض العاملون للعوامل المسببة لأمراض الجهاز التنفسي والأخرى لا يتعرض العاملون بها لهذه العوامل (٤ : ١).

رقم	إدارات يتعرض العاملون بها لأتربة وغازات	المترددين من مرضى الجهاز التنفسى	رقم	إدارات لا يتعرض العاملون بها لأتربة وغازات	المترددين من مرضى الجهاز التنفسى
١	المراقبة العامة للانتاج	١٢١	١	الإدارة المالية والتجارية	٣١١
٢	المعامل الكيماوية والتفتيش والأبحاث	١٦٤	٢	إدارة العلاقات الصناعية	٥٣٤
٣	ادارة المشروعات	٣٥٩	٣	ادارة الكفاية الانتاجية والتدريب	٢٩٣
٤	إدارة انتاج الحديد	٥٥٨			
٥	إدارة انتاج الصُلب	٣١٩			
	المجموع الكلى	١٥٢١		المجموع الكلى	١١٣٨
	المتوسط	٣٠٣,٨		المتوسط	٣٧٩,٣

جدول رقم (١)

ونجد في الجدول السابق ارتفاع متوسط توزيع المترددين على العيادة الطبية من مرضى الجهاز التنفسي في الإدارات التي لا يتعرض العاملون بها لمواد من شأنها إحداث هذه الأمراض عن المتوسط في الإدارات التي يتعرض العاملون بها لمواد تسبب هذه الأمراض كإدارة إنتاج الحديد وإدارة الصلب حيث يضاف للحديد الخام أثناء نزوله من الأفران العالية مواد كالجير لتخليصه مما به من شوائب وإضافة هذه المواد ينتج عنها خروج غازات يعمل استنشاقها على إصابة الجهاز التنفسي، كذلك الأمر في إدارة المعامل الكيماوية والتفتيش والأبحاث (١ : ٢٥). ويبين الجدول رقم (٢) مدى دلالة الفرق في الفئتين السابقتين من الإدارات باستخدام مقياس كا٢ للتكرارات الأصلية.

رقم	نوع الإدارات	قيمة كا٢	الدلالة
١ ٢	إدارات لاتتعرض للأتربة والغازات إدارات تتعرض للأتربة والغازات	٨	٠٫٠١

جدول رقم (٢)

ويتضح من الجدول رقم (٢) وجود فرق له دلالة إحصائية بين تكرارات عدد المترددين في الإدارات التي تتعرض والإدارات التي لا تتعرض وذلك عند مستوى ٠,٠١.

ولم نكتف بالدراسة السابقة بل قمنا بعمل دراسة أخرى على التقرير السنوي للسنة التالية ١٩٦٨ ـ ١٩٦٩ في نفس الشركة بين نفس المجموعتين من الإدارات. ويبين الجدول رقم (٣) توزيع حالات أمراض الجهاز التنفسي (٥ : ١).

رقم	ادارات تتعرض للأتربة وغـازات	عدد المرضى	رقـم	إدارات لاتتعرض لاتربة وغـازات	عدد المرضى
١	المراقبة العامة للانتاج	٢٦	١	الإدارة المالية والتجارية	١٣٩
٢	المعامل الكيماوية والتفتيش	٢٩	٢	إدارة العلاقات الصناعية	١٠٣
٣	إدارة المشروعات،	٩٣	٣	إدارة الكفاية الإنتاجية والتدريب	١٦٩
٤	إدارة إنتاج الحديد	٧٤			
٥	إدارة إنتاج الصلب	١٧٦			
	المجموع الكلى	٣٩٨		المجموع الكلى	٤١١
	المتوسط	٧٧,٨		المتوسط	١٣٧

جدول رقم (٣)

ويتضح من الجدول السابق ارتفاع متوسط عدد مرضى الجهاز التنفسي المترددين على العيادة الطبية بالشركة في الإدارات التي لا تتعرض لأتربة وغازات عن المتوسط في الإدارات التي يتعرض العاملون بها لأتربة وغازات. ويوضح الجدول رقم (٤) مدى الدلالة في الفروق بين الفئتين السابقتين من الإدارات، مستخدمين نفس مقياس الدلالة الإحصائية السابق استخدامه في الجدول السابق رقم (٢).

رقم	نـــوع الإدارات	قيمة كا٢
١ ٢	إدارات لا تتعرض إدارات تتعرض	١٦,٦

جدول رقم (٤)

وتشير قيمة كا٢ إلى أن الفرق دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١ .

ولم نكتفي بذلك بل أردنا تعضيد ما توصلنا إليه في التحليلين السابقين بتحليل ثالث لتوزيع هذه الأمراض في عام ١٩٦٩ وفي نفس الشركة (٦ : ١).

رقم	إدارات لا تتعرض	عدد المرضى	رقم	إدارات تتعرض	عدد المرضى
١	المراقبة العامة للانتاج	٠٣	١	الإدارة المالية والتجارية	٣٣
٢	المعامل الكيماوية والتفتيش	١٢	٢	إدارة العلاقات الصناعية	٥٢
٣	إدارة المشروعات	٣٠	٣	إدارة الكفاية الإنتاجية والتدريب	٤١
٤	إدارة إنتاج الحديد	١٨			
٥	إدارة إنتاج الصلب	٥١			
	المجموع الكلى	١١٤		المجموع الكلى	١٢٦
	المتوسط	٢٢,٨		المتوسط	٤٢

جدول رقم (٥)

وواضح من الجدول رقم (٥) أن المتوسط في الإدارات التي لا يتعرض العاملون بها لأتربة وغازات ضعف المتوسط تقريباً في الإدارات التي يتعرض العاملون بها لأتربة وغازات، مما يشير لمدى ارتفاعه.
ويوضح الجدول رقم (٦) دلالة الفرق في التكرارات في الفئتين السابقتين من الإدارات.

رقم	نوع الادارات	قيمة كا٢	الدلالة
١ ٢	إدارات لا تتعرض إدارات تتعرض	٥ر٦	٠٢ر٠

جدول رقم (٦)

ويوضح الجدول (٦) أن الفرق دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٢ بين التكرارات.

ويجمل الجدول رقم (٧) نتائج دلالة الفرق في الجداول السابقة:

السنة	١٩٦٧		١٩٦٨		١٩٦٦	
الإدارات	كا٢	الدلالة	كا٢	الدلالة	كا٢	الدلالة
إدارات تتعرض إدارات لا تتعرض	٨	له دلالة عند ٠١ ,	١٦,٦	لها دلالة عند ٠١ر	٥,٦	لها دلالة عند ٠,٠١

جدول رقم (٧)

وبدون شك فإن النتائج السابقة تؤكد دور العوامل النفسية في أمراض الجهاز التنفسي. ونحن لا ننكر أن هناك عوامل كثيرة كان ينبغي تثبيتها لدى العاملين في كلا النوعين من الإدارات كالأجر والحوافز والحالة الاجتماعية ومدة الخدمة في العمل. وفي هذه الدراسة كان موضوعاً في الاعتبار العدد الكلي للعاملين في الإدارات التي تتعرض لأتربة وغازات والإدرات التي لا تتعرض لأتربة وغازات. بحيث كان العدد الإجمالي للعاملين في الإدارات التي تتعرض لأتربة وغازات أعلى من العدد الإجمالي للعاملين في الإدارات التي لا تتعرض لأتربة وغازات بحيث يعزل ذلك أي افتراض بأن قلة عدد المترددين في الإدارات التي تتعرض لأتربة وغازات على العيادة الطبية من مرضى الجهاز التنفسي عن عدد المترددين في الإدارات التي لا تتعرض لأتربة وغازات راجع إلى قلة العدد الكافي في الإدارات الأولى (التي تتعرض) عن الإدارات الثانية (التي لا تتعرض) (٤ : ١)، (٥ : ١)، (٦ : ١). بالإضافة إلى أن حساب الدلالة يحسم ذلك.

الدراسة الثانية:

عن الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي وبين مرضى الأجهزة الأخرى على محكات العمل:

ولقد قمنا بالدراسة الثانية لنؤكد بالإضافة لما سبق أهمية دراسة أمراض الجهاز التنفسي وذلك من خلال المقارنة بين أمراض هذا الجهاز وبعض أمراض الأجهزة الأخرى كالجهاز المعدي معوي وجهاز القلب والأوعية الدموية والجهاز العصبي المركزي وجهاز الجلد والحساسية الجلدية، وجهاز الغدد الصماء، والجهاز البولي والتناسلي والجهاز الهيكلي وذلك فيما يتعلق بمؤشرات الكفاية الإنتاجية في العمل المطلوب ومخالفة التعليمات وعدد الإصابات. ويوضح الجدول الآتي عدد المرضى في كل جهاز من الأجهزة السابقة والذين تم تحديدهم بناء على الإجراءات الطبية التي قام الأطباء المتخصصون في عيادة الشركة بتطبيقها عليهم وذلك

بالاعتماد على تعريف إجرائي طرحناه على الأطباء للمقصود بالاضطرابات السيكوبوماتية (سنذكر ذلك فيما بعد بشيء من التفصيل). ولقد أجريت هذه الدراسة بشركتي الحديد والصلب والنصر للسيارات. ويبين الجدول رقم (٨) توزيع الحالات بالشركتين على الأجهزة المختلفة.

الاجهزة	الجهاز المعدى معوى	جهاز القلْب والاوعية	الجهاز التنفسى	الجهاز العصبى المركزى	جهاز الجلد الحساسية	جهاز الغدد الصماء والايض	الجهاز البولى والتناسلى	الجهاز الهيكلى
العـدد	٤٧	٣٤	٦٠	٠٧	١٣	٢٥	١٠	٢٤

جدول رقم (٨)

ويبلغ مجموع هذه الحالات ٢٢٠ حالة. وتتوزع هذه الحالات في كل جهاز على فئاته المختلفة. ففي الجهاز المعدي معوي توجد حالات قرحة المعدة والتهاب القولون والتهاب المعدة. وفي جهاز القلب توجد حالات عصاب القلب والضغط المرتفع والشريان التاجي والضغط المنخفض. وفي الجهاز التنفسي توجد حالات الربو الشعبي والالتهاب الرئوي. وفي الجهاز العصبي المركزي توجد حالات الصداع النصفي Migraine وفي جهاز الجلد توجد حالات الالتهابات الجلدية. وفي جهاز الغدد الصم والأيض توجد حالات البول السكري. وفي الجهاز البولي والتناسلي توجد حالات اضطراب التبول وحالات اضطراب وظيفة التناسل. وفي الجهاز الهيكلي توجد حالات التهاب المفاصل وأوجاع الظهر وتشنج العضلات.

وتوضح الجداول الآتية الفروق في المحكات السابقة بين مرضى

الجهاز التنفسي ومرضى باقي الأجهزة باستخدام دلالة الفرق بين النسب المئوية لمجموعة الجهاز التنفسي والنسب المئوية للأجهزة الأخرى حسب معادلة الفرق بين النسب المئوية. (١٩ : ٢٣٥)(*).

١ ـ الفرق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى باقي الأجهزة على محك الجزاءات

ويبين الجدول رقم (٩) دلالة الفرق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى باقي الأجهزة على محك الجزاءات في العمل:

الجهـــاز	٪ على التوالى بعدد مرات الجزاءات		النسبة الحرجـة	مستوى الدلالة
	التنفسى	باقى الأجهـزة		
١ ـــ تنفسى ومعدى معوى	٧٨	٦٨	١,٣١	غير دال
٢ ـــ تنفسى وقلـــب	٧٨	٥٢	٣,٩٦	عند ٠,٠١
٣ ـــ تنفسى وعصبى مركزى	٧٨	٥٧	١,٢٦	غير دال
٤ ـــ تنفسى وجـــلد	٧٨	٥٣	١,٩٨	عند ٠,٠٥
٥ ـــ تنفسى وغدد صم	٧٨	٥٢	٢,٥٤	عند ٠,٠٥
٦ ـــ تنفسى وبولـــى	٧٨	٩٠	١,٦٥	غير دال
٧ ـــ تنفسى وهيكلـى	٧٨	٧٥	٠,١٠	غير دال

جدول رقم (٩)

(*) انظر للمؤلف كتاب: الإحصاء النفسي والاجتماعي والتربوي مكتبة النهضة العربية للطباعة والنشر ـ بيروت.

ويلاحظ على الجدول رقم (٩) ما يلي: —

(أ) أن الفروق بين الجهاز التنفسي وجهاز القلب وجهاز الجلد وجهاز الغدد الصماء فروق دالة إحصائياً وعند مستوى ٠,٠١، ٠,٠٥.

(ب) أن الفروق بين الجهاز التنفسي والأجهزة المشار إليها في (أ) في صالح مرضى الجهاز التنفسي أي أن مرضى الجهاز التنفسي يوقع عليهم جزاءات أكثر من غيرهم من مرضى الأجهزة السابقة وبشكل دال.

(جـ) أن الفروق بين الجهاز التنفسي والجهاز المعدي معوي والجهاز العصبي المركزي والجهاز البولي والتناسلي والجهاز الهيكلي فروق غير دالة إحصائياً.

(د) أن الفروق غير الدالة السابقة بعضها في صالح مرضى الجهاز التنفسي وبعضها في غير صالح هؤلاء المرضى.

٢ ـ الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى باقي الأجهزة على محك الغياب بدون إذن

ويبين الجدول رقم (١٠) دلالة الفرق على محك الغياب بدون إذن بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى باقي الأجهزة.

الجهــــاز	٪ على التوالى بعدد مرات الغياب بدون إذن		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
١ ـــ تنفسى ومعدى معوى	٣٨	٢٣	١,٩٧	عند ٠٥ر٠
٢ ـــ تنفسى وقلــب	٣٨	١٤	٢,٤٢	عند ٠,٠٥
٣ ـــ تنفسى وعصبى	٣٨	٤٢	٠,٠٦	غير دال
٤ ـــ تنفسى وجلــد	٣٨	١٥	١,٧١	غير دال
٥ ـــ تنفسى وغدد صــم	٣٨	٢٤	١,٢٨	غير دال
٦ ـــ تنفسى وبولــى	٣٨	٦٠	١,٣٤	غير دال
٧ ـــ تنفسى وهيكلــى	٣٨	٣٧	٠,٢٦	غير دال

جدول رقم (١٠)

ويلاحظ على الجدول رقم (١٠) ما يأتي:

(أ) أن الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي والجهاز المعدي معوي وجهاز القلب فروق دالة إحصائية وكلها عند مستوى ٠,٠٥.

(ب) أن تلك الفروق الدالة في صالح مرضى الجهاز التنفسي أي أن مرضى هذا الجهاز يغيبون عن عملهم بدون إذن عدداً من المرات أكثر من مرضى الجهاز المعدي والقلب والجلد وبشكل دال.

(جـ) أن الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى جهاز الجلد والحساسية ومرضى الجهاز العصبي المركزي ومرضى جهاز الغدد الصماء ومرضى الجهاز البولي ومرضى الجهاز الهيكلي فروق غير جوهرية.

(د) بالنسبة للفروق غير الدالة نجد أن اتجاه الفرق يأخذ ناحيتين:

الناحية الأولى: فرق غير دال في صالح مرضى الجهاز التنفسي وذلك

في حالة الفرق بين مرضى هذا الجهاز وبين جهازي الغدد الصماء والجهاز الهيكلي والجلد أي أن مرضى الجهاز التنفسي يغيبون أكثر من مرضى هذين الجهازين لكن بشكل غير جوهري.

والناحية الثانية: فرق غير دال لكن في صالح مرضى الجهاز العصبي ومرضى الجهاز البولي أي أن مرضى هذين الجهازين أكثر غياباً بدون أي إذن من مرضى الجهاز التنفسي.

٣ ـ الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى باقي الأجهزة على محك التأخير عن العمل

ويبين الجدول رقم (١١) دلالة الفرق على محك التأخير عن العمل بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى باقى الأجهزة.

الجهاز	٪ على التوالي بعدد مرات التأثير عن العمل		نسبة حرجة	مستوى الدلالة
١ ـ تنفسي ومعدي ومعوي	٤٠	٢٩	١,٣٢	غير دال
٢ ـ تنفسي وقلب	٤٠	٢٠	٢,٤٦	عند ٠,٠٥
٣ ـ تنفسي وعصبي	٤٠	٢٨	٠,٦٣	غير دال
٤ ـ تنفسي وجلد	٤٠	٢٣	١,٢٥	غير دال
٥ ـ تنفسي وغدد	٤٠	٣٦	٠,٣٦	غير دال
٦ ـ تنفسي وبولي	٤٠	٦٠	١,٢١	غير دال
٧ ـ تنفسي وهيكلي	٤٠	٣٧	٠,٢٧	غير دال

جدول رقم (١١)

ويلاحظ على الجدول رقم (١١) أن جميع الفروق غير دالة مع كل الأجهزة ما عدا جهاز القلب والأوعية فمستوى الدلالة عند ٠,٠٥ كما أن اتجاه الفرق في صالح مرضى الجهاز التنفسي أي أنهم يتأخرون عن عملهم عدداً من المرات أعلى منه لدى مرضى أي جهاز آخر وبشكل دال إحصائياً. ما عدا مرضى الجهاز البولي فالفرق في صالحهم.

٤ ـ الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى باقي الأجهزة على محك ترك العمل بدون إذن

ويوضح الجدول رقم (١٢) دلالة الفرق على محك ترك العمل بدون إذن بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى باقي الأجهزة:

الجهاز	٪ على التوالي لعدد مرات ترك العمل		نسبة حرجة	مستوى الدلالة
١ ـ تنفسي ومعدي	٣٣	١٢	٢,٨٤	عند ٠,٠١
٢ ـ تنفسي وقلبي	٣٣	١١	٢,٧٠	عند ٠,٠١
٣ ـ تنفسي وعصبي مركزي	٣٣	٤٢	٠,٥٠	غير دال
٤ ـ تنفسي وجلد	٣٣	٢٣	١,٠	غير دال
٥ ـ تنفسي وغدد	٣٣	١٦	١,٧	غير دال
٦ ـ تنفسي وبولي	٣٣	٢٠	٠,٨٤	غير دال
٧ ـ تنفسي وهيكلي	٣٣	٢٥	٠,٨٠	غير دال

جدول رقم (١٢)

ويلاحظ على الجدول رقم (١٢) ما يلي: ـــ

أ ـ أن الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى الجهاز المعدي معوي ومرضى الجهاز القلب ومرضى الجهاز العصبي فروق دالة إحصائياً عند ٠,٠١.

ب ـ أن الفروق الدالة السابقة في صالح مرضى الجهاز التنفسي وذلك بالنسبة للفروق بينهم وبين مرضى الجهاز المعدي معوي ومرضى جهاز القلب. أي أن مرضى الجهاز التنفسي يتركون أماكن عملهم بدون إذن عدداً من المرات أكثر من مرضى الأجهزة السابقة بشكل دال.

جـ ـ أن الفروق غير الدالة بين مرضى الجهاز التنفسي وبين مرضى الجهاز الجلد ومرضى جهاز الغدد الصماء والجهاز البولي والجهاز الهيكلي هي فروق في صالح مرضى الجهاز التنفسي والفروق بين مرضى الجهاز التنفسي (غير الدالة أيضاً) والجهاز العصبي المركزي في صالح الأخير.

٥ ـ الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى باقي الأجهزة على محك عدم إنجاز العمل المطلوب

ويبين الجدول رقم (١٣) دلالة الفرق على محك عدم إنجاز العمل المطلوب بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى باقي الأجهزة:

الجهـــاز	٪ على التوالى لعدد مرات عدم انجاز العمل		نسبة حرجة	تنفسى	أخرى	مستوى الدلالـة
١ ـــ تنفسى ومعدى	٢٨	٢٥	٠,٣٣	٦٠	٤٧	غير دال
٢ ـــ تنفسى وقلب	٢٨	١٧	٠,١٨	٦٠	٤٧	» »
٣ ـــ تنفسى وعصبى	٢٨	١٤	١,٧٩	٦٠	٣٤	» »
٤ ـــ تنفسى وجلد	٢٨	٢٣	٠,٣٦	٦٠	٧	» »
٥ ـــ تنفسى وغدد	٢٨	١	٢,٥٨	٦٠	١٣	عند ٠٥,
٦ ـــ تنفسى وبولى	٢٨	٢٠	٠,٥٣		٢٥	غير دال
٧ ـــ تنفسى وهيكلى	٢٨	١٦	١,٢	٦٠	٢٤	» »

جدول رقم (١٣)

ويلاحظ في الجدول رقم (١٣) ما يأتي: ـــ

(أ) أن الفروق الدالة بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى جهاز الغدد الصم عند مستوى ٠,٠٥.

(ب) أن هذه الفروق الدالة في صالح مرضى الجهاز التنفسي أي أن مرضى هذا الجهاز لا يقومون بإنجاز العمل المطلوب منهم بشكل دال إحصائياً.

(جـ) أن الفروق غير الدالة هي بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى الجهاز المعدي وجهاز القلب والجهاز العصبي المركزي وجهاز الجلد والجهاز البولي والجهاز الهيكلي ويسير الفرق في صالح الجهاز التنفسي.

٦ ـ الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى باقي الأجهزة على محك مخالفة التعليمات

ويوضح الجدول رقم (١٤) دلالة الفرق على محك مخالفة تعليمات العمل بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى باقي الأجهزة:

الجهـــاز	٪ على التوالى لعدد مرات مخالفة		نسبة حرجة	تنفسى	أخرى	مستوى الدلالـــة
١ ــ تنفسى ومعدى	٤٦	٣٦	١,١١	٦٠	٤٧	غير دال
٢ ــ تنفسى وقلب	٤٦	٢٦	٢,٠٦	٦٠	٣٤	عند ٠,٠٥
٣ ــ تنفسى وعصبى	٤٦	٤٢	٠,٢١	٦٠	٧	غير دال
٤ ــ تنفسى وجلد	٤٦	٣٨	٠,٥٣	٦٠	١٣	غير دال
٥ ــ تنفسى وغدد	٤٦	٢٤	١,٤٨	٦٠	٢٥	غير دال
٦ ــ تنفسى وبولى	٤٦	٨٠	٢,٠٦	٦٠	١٠	عند ٠٥ر٠
٧ ــ تنفسى وهيكلى	٤٦	٥	٠,٣٦	٦٠	٢٤	غير دال

جدول رقم (١٤)

ونجد في الجدول رقم (١٤) ما يلي: ــ

أ ـ أن الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى الجهاز المعدي وجهاز القلب والجهاز البولي فروق دالة إحصائياً. وأن اتجاه الفرق فيهما يسير في ناحيتين:

الأولى: في صالح مرضى الجهاز التنفسي وذلك في حالة الفرق بينهم وبين مرضى القلب والأوعية ويعني ذلك أن مرضى الجهاز التنفسي يخالفون التعليمات الموجهة إليهم من قبل رؤسائهم بصورة أكثر من مرضى الأجهزة الأخرى.

والثاني: في صالح مرضى الجهاز التناسلي أي أن مرضى هذا الجهاز هم الوحيدون الذين يخالفون التعليمات عدداً من المرات يفوق بشكل دال مرضى الجهاز التنفسي.

ب ـ أن الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي والجهاز العصبي وجهاز الجلد والجهاز الهيكلي وجهاز الغدد والجهاز المعدي معوي فروق غير دالة إحصائياً لكن اتجاه الفرق فيها في صالح الجهاز التنفسي.

٧ ـ الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي وبين باقي الأجهزة على محك الإصابات في العمل

ويبين الجدول رقم (١٥) دلالة الفرق على محك الإصابات في العمل بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى باقي الأجهزة:

الجهـاز	٪ على التوالى لعدد مرات الإصابات		نسبة حرجة	تنفسى	أخرى	مستوى الدلالـة
١ ـــ تنفسى ومعدى	١٣	١٠	٠,٤٣	٦٠	٤٧	غير دال
٢ ـــ تنفسى وقلب	١٣	١٤	٠,١٤	٦٠	٣٤	غير دال
٣ ـــ تنفسى وعصبى	١٣	١	١,٠٠	٦٠	٧	غير دال
٤ ـــ تنفسى وجلد	١٣	١	١,٣٣	٦٠	١٣	غير دال
٥ ـــ تنفسى وغدد	١٣	١	١,٩٩	٦٠	٢٥	عند ٠,٠٥
٦ ـــ تنفسى وبولى	١٣	١٠	٠,٣٢	٦٠	١٠	غير دال
٧ ـــ تنفسى وهيكلى	١٣	١٦	٠,٤٥	٦٠	٢٤	غير دال

جدول رقم (١٥)

ويلاحظ في الجدول رقم (١٥) ما يلي: —

(أ) أن الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي وجهاز الغدد فروق دالة إحصائياً وأن هذه الفروق في صالح مرضى الجهاز التنفسي أي أن هؤلاء المرضى يقعون في عدد من الإصابات أعلى من عدد الإصابات التي يقع فيها المرضى في الأجهزة سالفة الذكر.

(ب) أن الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي وجهاز القلب وجهاز الجلد والجهاز الهيكلي والبولي والعصبي المركزي والمعدي معوي فروق غير دالة إحصائياً.

ملاحظات عامة على النتائج السابقة:

١ ـ توجد في الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى باقي الأجهزة على جميع المحكات ٤٩ قيمة للنسبة الحرجة (CR) تشير للفرق بين جهاز التنفس والأجهزة الأخرى.

٢ ـ توجد ١٢ قيمة من هذه القيم لها دلالة إحصائية، ٣٧ قيمة ليس لها دلالة إحصائية وذلك بنسبة ٢٥ ٪، ٧٥ ٪ على التوالي.

٣ ـ توجد ١١ قيمة من هذه القيم الفرق فيها دال وفي صالح مرضى الجهاز التنفسي ويشير ذلك إلى أن مرضى هذا الجهاز يفوقون مرضى باقي الأجهزة بشكل دال إحصائياً في عدد مرات التأخير عن العمل وعدم إنجاز العمل المطلوب والغياب بدون إذن وترك العمل بدون إذن ومخالفة التعليمات وإصابات العمل والجزاءات.

٤ ـ توجد قيمة واحدة من هذه القيم الفرق فيها دال وفي غير صالح مرضى الجهاز التنفسي بل في صالح مرضى الجهاز البولي والتناسلي بالنسبة لمحك مخالفة التعليمات.

٥ ـ بالنسبة للفرق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى الجهاز المعدي

معوي على كل المحكات نجد أن الفرق دال على محكي الغياب بدون إذن وترك العمل بدون إذن.

٦ ـ بالنسبة للفرق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى جهاز القلب والأوعية الدموية نجد أن الفرق دال على محكات الجزاءات والغياب بدون إذن والتأخير عن العمل وترك العمل بدون إذن ومخالفة التعليمات وغير دال على باقي المحكات.

٧ ـ بالنسبة للفرق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى الجهاز العصبي المركزي نجد أن الفرق غير دال على جميع المحكات.

٨ ـ بالنسبة للفرق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى الجلد والحساسية نجد أن الفرق غير دال على جميع المحكات ما عدا محك الجزاءات.

٩ ـ بالنسبة للفرق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى جهاز الغدد على كل المحكات نجد أن الفرق دال وفي صالح مرضى الجهاز البولي على محك إصابات العمل وغير دال على باقي المحكات.

١٠ ـ بالنسبة للفرق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى الجهاز البولي والتناسلي نجد أن الفرق دال وفي صالح مرضى الجهاز البولي على محك مخالفة التعليمات وغير دال في باقي المحكات.

١١ ـ بالنسبة للفرق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى الجهاز الهيكلي على كل المحكات نجد أن الفرق غير دال وفي صالح مرضى الجهاز التنفسي على جميع المحكات.

١٢ ـ قارنا بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى باقي الأجهزة من حيث السن والخبرة والأجر وذلك لعزل تأثير هذه الجوانب في الفروق على المحكات السابق الكلام عنها.

وفيما يلي الجدول رقم (١٦) والذي يوضح هذه المقارنة وذلك بالاعتماد على المتوسط الحسابي: ـ

الجهـــاز	متوسط السن	متوسط الخبرة	متوسط الأجر	الحالة الاجتماعية		
				متزوج	أعزب	مطلق
١ ـــ الجهـاز التنفسى	٣٨,٩٥	٩,٠٥	٢٠,٧٧	٥٦	٣	١
٢ ـــ « المعدى معوى	٣٦,٥٠	٩,٠٠	٢٤,٣٠	٤٥	٢	٠
٣ ـــ جهاز القلب والاوعية	٤٣,٠٠	٩,٣٠	٢٤,٢٠	٣١	٣	٠
٤ ـــ « العصبى المركزى	٣٩,١٤	٨,٢٨	٢٣,١٤	٠٦	١	٠
٥ ـــ جهاز الجلد والحساسية	٣٦,٢٣	٩,٠٠	٢٠,٠٥	١٢	١	٠
٦ ـــ « الغدد والصم	٤٣,٠٨	٩,٨٤	٢٥,٦٨	٢٥	٠	٠
٧ ـــ الجهاز التناسلى	٣٥,٥٠	٩,٠٠	٢٣,٦٥	١٠	٠	٠
٨ ـــ « الهيكلــى	٣٤,٤٠	٩,١٢	٢٢,٧٠	٢٢	٢	٠

جدول رقم (١٦)

١٣ ـ ونجد في الجدول رقم (١٦) أن الفروق بين مرضى الأجهزة المختلفة فروق طفيفة لا تستدعي معالجات إحصائية أخرى لوضوحها. فنجد مثلاً أنه بالنسبة لمتوسط السن فإنه يتراوح بين ٣٥ ـ ٤٣. كذلك بالنسبة للخبرة نجد أنها تتراوح بين ٨,٢٨، ٩,٨٤. كذلك الأمر بالنسبة للأجر فإنه يتراوح بين ٢٠,٠٥، ٢٥,٦٨.

١٤ ـ وأن ما نخرج به من خلال تلك الدراسة الثانية أن مرضى الجهاز التنفسي أقل في كفايتهم الإنتاجية عن باقي المرضى في الأجهزة الأخرى. كما أنه واضح أيضاً أن اضطراب هؤلاء المرضى يؤثر في النتاج النهائي لسلوكهم وهو العمل. أي أنهم بخلاف غيرهم من مرضى باقي الأجهزة يعربون عن سلوكهم أي ينفسون بالتنفيذ A cting out وبتوضيح أكثر فإن مرضى هذا الجهاز يعربون سلوكياً عن أخيلتهم في مواد العمل وآلاته وأدواته وبيئة العمل بوجه عما بما تتضمنه من عمال ورؤساء وزملاء... إلخ.

١٥ ـ وأنه لما شك فيه أن الدراستين السابقتين قد ألقتا الضوء كما أكدتا بشكل قاطع على أهمية دراسة أمراض الجهاز التنفسي لدى العمال الصناعيين المصريين. لكن نظراً لأن دراسة فئات أمراض الجهاز التنفسي تحتاج لإمكانيات مادية وبشرية تفوق طاقة البحث الفردي فإننا سنركز في دراستنا التالية على فئة واحدة من فئات أمراض الجهاز التنفسي وهي فئة الربو الشعبي.

***

الفصل الرابع والعشرون

دراسة علاقة الربو الشعبي بالتوافق في العمل

عوامل التوافق في العمل في هذه الدراسة:

لاحظنا من خلال العرض السابق للبحوث والدراسات المتعلقة بأمراض الجهاز التنفسي وفئاته المختلفة ومنها الربو الشعبي أن معظم هذه الدراسات قد ركزت على العوامل النفسية اللاشعورية والتي لا ننكر أنها تلعب الدور الأهم في هذه الأمراض.

ولقد دفعنا ذلك إلى ضرورة توجيه النظر والاهتمام في دراستنا هذه إلى بحث الجوانب النفسية الشعورية والمرتبطة بالتوافق في العمل. ومن خلال مسحنا للدراسات المتعلقة بالتوافق في العمل ومن أهمها دراسات «نورمان ماير» عن الذكاء والتوافق في العمل (١٢ : ٤٥٩). ودراسة ليرد وليرد عن سمات الشخصية لدى سيىء التوافق (٢٠ : ٢٣١)، ورأى روبرت مورجان عن التوافقات الشخصية في الصناعة (١٨ : ٤٣٩)، ودراسة «عمانويل كي» عن طبيعة وحدود عدم التوافق في الصناعة (١٨ : ٤٥٩)، وكذلك دراسة جامعة مينسوتا عن التكيف المهني (٣: ١١)، ورأى كارل جارسون عن توافق العمال في عملهم، وجدنا أن أهم جوانب توافق العامل في عمله هي:

١ ـ الاستعدادات والقدرات الخاصة بالعمل.

٢ ـ العوامل والنواحي الانفعالية.

٣ ـ الروح المعنوية في العمل.

أي أن العامل يكون متوافقاً في عمله كلما كانت قدراته وسمات وخصائص شخصيته متفقة ومتطلبات العمل، وكانت علاقاته بزملائه ورؤسائه وظروف العمل مناسبة.

فروض الدراسة:

نتوقع من خلال دراستنا هذه أن يكون هناك فرقاً له دلالة إحصائية بين مرضى الربو الشعبي والمجموعة الضابطة المماثلة لها من الأسوياء في عوامل التوافق في العمل الثلاثة السابقة (القدرات ـ النواحي الانفعالية ـ الروح المعنوية) أو في بعضها سواء أكان هذا الفرق في صالح المرضى أو في صالح الأسوياء كما يكشف عنه متوسط الدرجات على الاختبارات التي تقيس عوامل التوافق في العمل السابقة. وسنحاول الإجابة عن هذا الفرض في الجزء الخاص بنتائج الدراسة الأولى.

أما الفرض الثاني لهذه الدراسة فيتعلق بأننا نتوقع أن يكون هناك فرقاً له دلالة إحصائية بين فئة الربو الشعبي وفئتي الجهاز المعدي معوي والقلب والأوعية الدموية في نفس النواحي السابقة (القدرات ـ النواحي الانفعالية ـ الروح المعنوية) وسنحاول الإجابة عن هذا الفرض في الجزء الخاص بنتائج الدراسة الثانية. وقد دعانا ذلك إلى أن نضع ما ذكره بنجر Binger (٢٢ : ٦٠٣) موضع الدراسة بالنسبة للجوانب النفسية كما تقاس بأدوات هذه الدراسة. ولقد ذهب بنجر إلى القول بوجود علاقة بنائية بين الجهاز التنفسي (والربو الشعبي أي الشعب الرئوية أحد أعضاء هذا الجهاز) والجهاز المعدي معوي، فهل تبعاً لذلك توجد علاقة في البناء النفسي بين مرضى الربو الشعبي والجهاز المعدي معوي.

أسس اختيار عينة الربو الشعبي(*):

اعتمدنا في اختيارنا الحالات على أسس ثلاثة:

(*) عينة الربو الشعبي في هذه الدراسة كانت ضمن العينة الكلية للبحث السابق لنا إجراؤه في عام ١٩٧٢ وتقدمنا به لنيل رسالة الدكتوراه تحت إشراف د. السيد محمد خيري ونعتمد =

أولها الأساس الطبي فطرحنا على الأطباء المتخصصين ذوي الخبرة والكفاءة وممن أتموا دراسات عليا في تخصصاتهم في شركة الحديد والصلب، وما نقصده بمفهوم الاضطراب السيكوسوماتي كتعريف إجرائي وضع في قائمة يحددون فيها العمال الذين ينطبق عليهم هذا التعريف وهو:

«الاضطرابات السيكوسوماتية هي الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء والتي يحدث بها تلف في بناء جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظراً لاضطراب حياة المريض، والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاءاً تاماً نتيجة الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي» ولقد وضعنا لهم في القائمة الوقائع المستخلصة من هذا التعريف والتي يستعين بها الطبيب في تحديد الحالات وهذه الوقائع هي: ـ

(أ) وجود مرض جسمي خاص بعضو أو جزء من أجزاء الجسم أو جهاز من أجهزته تثبت الأشعة أو الاختبارات وجوده.

(ب) تردد المريض على الطبيب بحيث أصبح مألوفاً له.

(جـ) عدم نجاح العلاج الجسمي ويظهر ذلك للطبيب من خلال تكرار العلاج مدة طويلة من الزمن.

ثانيها: الأساس المهني فبعد تحديد الأطباء للحالات على النحو السابق قمنا بعمل التوزيعات التكرارية للوظائف المختلفة لمعرفة في أي الوظائف يشيع فيها مثل هذا النوع من الاضطراب. وكان نتيجة ذلك أننا وجدنا أن هذه الاضطرابات تشيع بين عمال مهن الميكانيكا.

وثالثها: الأساس النفسي وذلك للتأكد من أن الأساس في هذه الاضطرابات التي حددها الأطباء للعمال الذين يشكون منها أساس نفسي أي

= في دراسة حالات الربو الشعبي في دراستنا الحالية على استخلاص الدرجات الخام فقط المتعلقة بقدرات هؤلاء المرضى وروحهم المعنوية وحالتهم الانفعالية من رسالة الدكتوراه. علماً بأننا لم نجري معالجات لهذه الدرجات الخاصة بهذه العينة على حدة في رسالة الدكتوراه.

أن العوامل النفسية هي التي تلعب الدور الأساسي. ولما كان اختبار كورنل من الاختبارات التشخيصية التي تفيد في تشخيص الحالات السيكوسوماتية فقد طبقنا الاختبار على عينة العمال الميكانيكيين واستخدمنا الأساس الذي وضعه مؤلفو الاختبار في تحديد حالات الاضطراب الشديد وهذا الأساس هو أن من يحصل على درجة ٢٣ فما فوق على هذا الاختبار يكون لديه أمراض وشكاوى سيكوسوماتية شديدة.

المجموعة التجريبية من مرضى الربو الشعبي والمجموعة الضابطة لها: نقصد في هذه الدراسة بالجماعة الصغيرة Small group ما اصطلح عليه علماء النفس الاجتماعي مثل كرتش وكرتشفيلد وغيرهم (٧: ١٨) من أن الجماعة الصغيرة هي الجماعة التي يتراوح عددها بين ٢ ـ ٢٠ شخصاً. ويبلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية من مرضى الربو الشعبي في هذه الدراسة أربعة مرضى. كذلك يبلغ عدد أفراد المجموعة الضابطة من الأسوياء أربعة أفراد متكافئين معهم في الأجر والعمر والخبرة.

وفيما يلي الجدول رقم (١٧) والذي يبين التماثل بين أفراد المجموعتين في هذه الخصائص: -

رقم	المتغير	تجريبية		ضابطة		« ت »	الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١	فئات الأجر (الدرجة)	٨,٢٥	٠,٨٢	٧,٧٥	٤٣ر٠	١,٤٨	غير دال	تجريبية
٢	الأجـــر	١٧,٢٥	٣,٤٣	٢٥,٠٠	٢,١٧	٢,٣٤	غير دال	ضابطة
٣	العمـــر	٣٨,٢٥	٣,٩٥	٣٨,٥٠	٤,٧٠	٠,١١	غير دال	«
٤	الخبـــرة	١١,٢٥	١,٥٠	١٠,٠٠	٢,٥٠	١,١٠	«	تجريبيـــة

جدول رقم (١٧)

ويتضح من الجدول رقم (١٧) أنه لا توجد فروق دالة بين المجموعتين أيضاً. بالنسبة للتماثل في الوظائف في المجموعتين فإن وظائف حالات الربو من نفس العائلة المهنية لوظائف الأسوياء (مجموعة المهن الميكانيكية والكهربائية).

أدوات الدراسة: فيما يلي وصف للأدوات التي استخدمت في هذه الدراسة:

١ ـ بالنسبة للقدرات: تمخضت دراسة تحليل العمل التي قمنا بها عن ضرورة توفر القدرات الآتية لدى العمال الذين يشغلون وظائف مهن الميكانيكا: الاستدلال الميكانيكي ـ تذكر أماكن الأشياء ـ مهارة الأصابع ـ الفهم اللفظي ـ سرعة الإدراك ـ إدراك العلاقات المكانية. والاختبارات التي استخدمناها لقياس هذه النواحي هي: ـ

(أ) الاستدلال الميكانيكي وهو اختبار مكون من ٢٤ وحدة أشكال في المجال الميكانيكي وهذا الاختبار مقتبس من بطارية الـ D.A.T ويقيس الفهم الميكانيكي والمراقب الطبيعية والمألوفة، كما يقيس القدرة على التجريد وإدراك العلاقات المكانية.

(ب) التجميع الميكانيكي وهو مقتبس من أصل ألماني وهو عبارة عن ماكينة صغيرة من ١٣ قطعة ويقيس القدرة على إدراك العلاقات المكانية خاصة التصور المكاني.

(جـ) اختبار أوكونر لمهارة الأصابع وهو مقتبس من بطارية G.A.T.B. ولقد صنع بشركة الحديد والصلب ويتكون من ١٠٠ ثقب إسطواني يركب بها مائة عصا خشبية. ويقيس القدرة على تحريك الأصابع وتناول الأشياء الدقيقة بسرعة.

(د) سرعة إدراك الصور وهو مقتبس من بطارية G.A.T.B. ويتكون من عدد من الصورة الميكانيكية التي يطلب من المفحوص استخراج شكل معين يراه من بينها ويقيس هذا الاختبار سرعة عمل مقارنات بين الأشياء.

(هـ) الفهم اللفظي وهو أحد الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين، ويتكون من عشرة أسئلة ويقيس القدرة على تقويم الخبرات الماضية.

ثبات وصدق اختبارات القدرات: أجريت العديد من المعالجات الإحصائية الخاصة بتقنين هذه الاختبارات في البيئة المحلية وعلى عينات مماثلة. وفي دراستنا السابقة على هذه الاختبارات تأكدنا من ثبات اختبارات الاستدلال الميكانيكي (٠,٨٠) وسرعة إدراك الصور (٠,٩٦) بطريقة التقسيم النصفي. كما تأكدنا من ثبات اختبارات مهارة الأصابع وضع (٠,٤٠) ومهارة الأصابع نزع (٠,٤٩٥) والتجميع الميكانيكي (٠,٩٦٠) بطريقة إعادة الاختبار. وبالنسبة لصدق هذه الاختبارات فإنه إلى جانب العديد من دراسات الصدق التي أجريت على هذه الاختبارات محلياً فإننا في دراستنا السابقة (٩: ٢١٨) قد تم حساب الصدق بطريقة المجموعات المتناقصة، وكانت لهذه الاختبارات قيمة تمييزية.

٢ ـ **بالنسبة للروح المعنوية:** استخدمنا مقياس الروح المعنوية الذي أعده المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية واشتركنا في إجراء المعالجات الإحصائية الخاصة به خاصة التحليل العاملي. وقد اخترنا في دراستنا هذه من هذا المقياس المتغيرات التي حصلت على أكبر تشبع. وتكون المقياس على هذا النحو من ٦٢ عبارة تقيس متغيرات: قدرة الإشراف على تنظيم العمل وتوفير متطلباته، مزايا العاملين، الود والتعاون بين العاملين، علاقة العمال بالمشرف، كفاءة الإدارة، المكانة والتقدير في العمل، الأمنة في العمل، التوحد مع الشركة، أعراض الروح المعنوية.

ثبات وصدق المقياس: وصل معامل ثباته عن طريق التقسيم النصفي إلى ٠,٩٦٠ كما ميز بين مجموعة من المرضى السيكوسوماتيين ومجموعة من الأسوياء فبلغت قيمة اختبار «ت» ٤,٥ ويصل مستوى دلالتها إلى ٠,٠١ (انظر المرجع رقم ٩).

٣ - بالنسبة للنواحي الانفعالية: استخدمنا مقياس كورنل Cornell للتشخيص السيكاتري والسيكوسوماتي - وقد عدلنا الاختبار وأعددنا له صورة باللغة العامية ويتكون من ١٠١ عبارة تقيس: الخوف وعدم الكفاية، الاكتئاب، العصبية والقلق، أعراض التنفس والدورة الدموية، الفزع، الأعراض السيكوسوماتية، الخوف على الصحة، أعراض الجهاز المعدي معوي، الحساسية والشك، والسلوك السيكوماتي.

ثبات وصدق المقياس: أجرينا الثبات النصفي (انظر المرجع رقم ١٥) على اختبارات المقياس الفرعية. وتراوح معامل الثبات بين ٠,٨٨ (أعراض الجهاز المعدي معوي) ٠,١٨ (الخوف على الصحة) أما معامل ثبات الاختبار الكلي فلقد وصل إلى ٠,٩٢٠ وبالنسبة للصدق فقد ميز بين المرضى السيكوسوماتيين وبين الأسوياء ووصلت قيمة «ت» إلى ١٤,٣١ وكان الفرق دالاً عند ٠,٠٠١.

* * *

الفصل الخامس والعشرون

النتائج

نتائج الدراسة الأولى بين مرضى الربو الشعبي والأسوياء

أولاً: نتائج اختبارات القدرات

ويوضح الجدول رقم (١٨) المتوسط والانحراف المعياري لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على اختبارات القدرات وكذلك قيمة اختبار «ت» ومستوى الدلالة واتجاه الفرق أي هل الفرق في صالح المجموعة الضابطة أم في صالح المجموعة التجريبي.

رقم	الاختبارات	التجريبية		الضابطة		قيمة « ت »	الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١	سرعة الإدراك	٠٩,٠٠	٣,٩٠	١٩,٢٥	٠,٤٦	٢,٦٠(*)	غير دال	ضابطة
٢	استدلال ميكانيكى	١١,٥	١,٨٥	١٠,٧٥	٢,١٦	٠,٧٠	» »	تجريبية
٣	تجميع ميكانيكى	٦,٠٠	٤,٠٦	٩,٥٠	٢,٢٥	١,٢٠	» »	ضابطة

(*) ولقد استخدمنا اختبار «ت» لمناسبته للعينات الصغيرة والكبيرة (انظر الإحصاء في البحوث النفسية والتربوية للسيد محمد خيري ـ ١٩٧٠ ـ ص ٣٥٨).
وزيادة في التأكيد استخدمنا أحد المقاييس اللابارمترية Non-Parametric المناسبة لهذه=

رقم	الاختبارات	التجريبية م	التجريبية ع	الضابطة م	الضابطة ع	قيمة « ت »	الدلالة	اتجاه الفرق
٤	مهارة أصابع (وضع)	٣٣,٧٥	٢,٤٨	٣٥,٢٥	١,٩١	٠,٨٣	غير دال	ضابطة
٥	مهارة أصابع (نزع)	٤٧,٠٠	١,٨٧	٤٧,٠٠	٤,١٢	صفر	» »	–
٦	الفهم اللفظى	٦,٧٥	٣,٣٤	٨,٠٠	٣,٠٨	٠,٤٧	» »	ضابطة

جدول رقم (١٨)

ويتضح من الجدول رقم (١٨) ما يلي: ـ

١ ـ أن جميع الاختبارات لا تميز تمييزاً دالاً بين المجموعتين.

٢ ـ وبالنظر للاختبارات غير الدالة من حيث اتجاه الفرق بين المجموعتين:

(أ) المجموعة الأولى وهي الاستدلال الميكانيكي وفيه يتجه الفرق في صالح مجموعة الربو الشعبي إذ يصل المتوسط عندها على هذا الاختبار إلى ١١,٥ بينما يصل إلى ١٠,٧٥ في مجموعة الأسوياء.

(ب) المجموعة الثانية وهي اختبارات مهارة الأصابع (وضع)

= الظروف أي في حالة التوزيعات غير الاعتدالية وهو اختبار الوسيط Median Test ومعادلته.

$$= \text{كا}^{2} = \text{ن} \frac{(\text{أد ـ ب جـ ـ } \frac{\text{ن}}{٢})^{٢}}{\text{أ+ ب× جـ+ د× ١ + جـ× ب + د}}$$

فكانت قيمته في اختبار سرعة الإدراك ٢,١ وهي غير دالة إحصائياً أيضاً. انظر في ذلك المرجع الآتي: ـ Garrett & Woodworth, Statistic In Psychology & Education, P. 266.
وانظر أيضاً المرجع رقم (٨) في قائمة المراجع بنهاية هذه الدراسة.

والتجميع الميكانيكي والفهم اللفظي وسرعة الإدراك ويتجه الفرق فيهم في صالح المجموعة الضابطة من لأسوياء إذ يصل المتوسط عند الأسوياء في اختبار مهارة الأصابع (وضع) إلى ٣٥,٢٥ بينما يصل المتوسط عند حالات الربو إلى ٣٣,٧٥ وفي اختبار التجميع الميكانيكي يصل المتوسط عند الأسوياء عليه إلى ٩,٥ بينما يصل المتوسط عند حالات الربو الشعبي إلى ٦، وفي اختبار الفهم اللفظي يصل المتوسط إلى ٨ لدى الأسوياء، ٦,٧٥ لدى حالات الربو الشعبي. أما اختبار مهارة الأصابع نزع فكان المتوسط لدى المجموعتين واحداً.

ثانياً: نتائج مقياس الروح المعنوية:

ويوضح الجدول رقم (١٩) المتوسط والانحراف المعياري لدرجات المجموعة التجريبية والضابطة والدرجة الاتائية ومستوى الدلالة واتجاه الفرق على متغيرات الروح المعنوية.

رقم	المتغيرات	تجريبية		ضابطة		قيمة « ت »	الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١	قدرة الإشراف على تنظيم العمل وتوفير متطلباته	٣,٢٥	٢,١٦	٤,٢٥	١,٠٨	٠,٧	غير دال	ضابطة
٢	كفاءة الإدارة	٢,٠٠	١,١٨	١,٧٥	١,٤٧	٠,١١	»	تجريبية
٣	المكانة والتقدير	٤,٢٥	٢,٠٤	٥,٧٥	١,٤٧	١,٣٠	»	ضابطة
٤	الأمنة فى العمل	٣,٠٠	٣,٠٨	٥,٥٠	١,١١	١,٣٧	»	»
٥	التوحد مع الشركة	٣,٥٠	٢,٠٦	٣,٢٥	٠,٤٦	٠,٢٠	»	تجريبية
٦	أعراض الروح المعنوية	٢,٧٥	١,٣٠	٣,٥٠	٠,٥٠	٠,٩٣	»	ضابطة
٧	مزايا العاملين	٣,٧٥	١,٢٩	٥,٠٠	١,٢٢	١,٠٠	»	–
٨	الود والتعاون بين العاملين	٥,٠٠	١,٠٠	٥,٠٠	١,٢٢	صفر	»	–

رقم	المتغيرات	تجريبية		ضابطة		قيمة « ت »	الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
٩	علاقة العمال بالمشرف	٣,٧٥	٢,٠١	٤,٢٥	٠,٨٢	٠,٤٥	غير دال	ضابطة
١٠	الدرجة الكلية	٣١,٢٥	١٣,٨٥	٣٨,٢٥	٢,٣٢	٠.٨٦	«	«

جـدول رقـم (١٩)

ونجد في الجدول رقم (١٩) ما يلي:

١ ـ أن جميع الفروق بين المجموعتين على المتغيرات المختلفة لا دلالة لها.

٢ ـ أن الفروق باستخدام المتوسط الحسابي وبصرف النظر عن عدم دلالتها، بعضها في صالح المجموعة التجريبية والبعض الآخر في صالح المجموعة الضابطة على النحو التالي: ـ

(أ) النواحي التي يسير المتوسط فيها في صالح المجموعة الضابطة هي: قدرة الإشراف على تنظيم العمل وتوفير متطلباته، المكانة والتقدير في العمل، الأمنة في العمل، أعراض الروح المعنوية، مزايا العاملين، علاقة العمال بالمشرف، الدرجة الكلية، ويشير ذلك إلى أن مجموعة الأسوياء أعلى من مجموعة المرضى في هذه الجوانب من حيث الروح المعنوية.

(ب) النواحي التي يسير المتوسط فيها في صالح المجموعة التجريبية هي كفاءة الإدارة والتوحد مع الشركة أي أن مجموعة المرضى أعلى من مجموعة الأسوياء في هذه الجوانب من حيث الروح المعنوية.

(جـ) وجد أن الفرق صفري بين المجموعتين على متغير الود بين العاملين.

ثالثاً: نتائج مقياس الحالة الانفعالية:

ويبين الجدول رقم (٢٠) أيضاً المتوسط والانحراف المعياري لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة «ت» والدلالة واتجاه الفرق.

رقم	المتغيرات	التجريبية		الضابطة		قيمة « ت »	الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١	الخوف وعدم الكفاية	١٠,٧٥	٤,٣٤	١,٢٥	١,٠٨	٣,٧٧	٠,٠٥	تجريبية
٢	الاكتئاب	٣,٠٠	١,٨٧	٢,٠٠	١,٧٣	١,٣٠	غير دال	«
٣	العصبية والقلق	٢,٧٥	٢,١٦	١,٠٠	١,٢٢	١,٦٤	غير دال	«
٤	أعراض التنفس والدورة الدموية	٤,٠٠	٠,٧٠	صفر	صفر	١٠,٠٠	٠,٠٠١	«
٥	الفزع	٥,٠٠	١,٨٧	٠,٥٠	٠,٨٦	٣,٧٠	٠,٠٥	«
٦	الأعراض السيكوسوماتية	٧,٠٠	٣,٢٤	٠,٢٥	٠,٤٦	٣,١٠	٠,٠٥	«
٧	الخوف على الصحة	٨٥,٠٠	١,٢٢	٠,٥٠	٠,٥٠	٥,٩٠	٠,٠١	«
٨	الأعراض المعدية المعوية	٥,٢٥	١,٥٩	١,٧٥	٠,٩٧	٦,٥٠	٠,٠١	«
٩	الحساسية والشك	٤,٥٠	١,٥٠	٢,٥٠	٠,٥٠	٢,٢١	غير دال	«
١٠	السيكوباتية	٣,٢٥	١,٦٣	٠,٥٠	٠,٥٠	٢,٨	غير دال	«
١١	الدرجة الكلية	٤٨,٠٠	١٩,٥٤	١٠,٢٥	٤,٢٠	٣,٢٦	,٠٥	«

جـــدول رقـــم (٢٠)

ونجد من الجدول السابق ما يلي: ـ

١ ـ أن هناك أربع متغيرات لا دلالة لهما وهما متغيري الاكتئاب والعصبية والقلق والحساسية والشك والسيكوباتية.

٢ ـ أن باقي المتغيرات لها دلالة على النحو الآتي من حيث مستوى الدلالة: ـ

(أ) أن متغيرات أعراض التنفس والخوف على الصحة والأعراض المعدية معوية لها دلالة عند مستوى ٠,٠٠١، ومستوى ٠,٠١.

(ب) أن متغيـرات الخـوف وعـدم الكفـايـة والفـزع والأعـراض السيكوسوماتية والدرجة الكلية لها دلالة عند ٠,٠٥.

٣ ـ يتجه الفرق في صالح المجموعة التجريبية سواء في المتغيرات الـدالـة أم المتغيـرات غيـر الـدالـة ويشيـر ذلـك إلـى اضطـراب انفعـالـي وسيكوسوماتي لدى مجموعة الربو الشعبي عن مجموعة الأسوياء.

نتائج الدراسة الثانية بين مرضى الربو الشعبي وبين مرضى الجهاز المعدي معوي ومرضى القلب والأوعية الدموية

قمنا بإجراء بعض الدراسات المتعلقة بالفروق بين حالات الربو الشعبي وحالات الجهاز المعدي معوي من ناحية وبين حالات الربو الشعبي أيضاً وبين حالات القلب والأوعية الدموية من ناحية أخرى وذلك على اختبارات القدرات والروح المعنوية والنواحي الانفعالية وذلك في محاولة منا لإلقاء المزيد من الضوء على فئة الربو الشعبي(*) من حيث علاقتها بفئات الاضطراب السيكوسوماتي الأخرى وذلك للإجابة على الفرض الثاني من فروض الدراسة ومن ناحية أخرى نتحقق من الافتراض الآتي بالنسبة للمقارنة بين حالات الربو الشعبي وحالات الجهاز المعدي معوي وهو: هل التشابه أو الارتباط في النواحي البنائية بين الجهاز المعدي معوي والجهاز التنفسي (كما يذكر بنجر) يتبعه ارتباط بينهما في النواحي النفسية التي تقيسها أدواتنا.

١ ـ ويوضح الجدول رقم (٢١) المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات مجموعتي الربو والجهاز المعدي على اختبارات القدرات.

(*) انظر لنا في قائمة المراجع المرجع رقم (٩) صفحات ٢٦٤، ٢٧٤، ٢٨٧ حيث تم أخذ المتوسطات والانحرافات المعيارية لحالات الجهاز المعدي وحالات القلب والأوعية الدموية لعمل المقارنات المختلفة بالنسبة للقدرات والروح المعنوية والنواحي الانفعالية. والمرجع رقم (٩) هو نفسه المجلد الأول من هذا الكتاب.

رقم	الاختبارات	مجموعة الربو الشعبى		مجموعة الجهاز المعدى		قيمة	مستوى	اتجاه
		م	ع	م	ع	« ت »	الدلالة	الفرق
١	سرعة الإدراك	٩,٠٠	٣,٩٠	٨,٣٠	٢,٩١	٠,٦٩	غير دال	ربو
٢	استدلال ميكانيكى	١١,٥٠	١,٨٥	١٢,٨٨	٢,٦٠	١,٣٣	» »	معدى
٣	تجميع ميكانيكى	٦,٠٠	٤,٠٦	٦,١٠	٢,٥٧	صفر	» »	معدى
٤	مهارة أصابع وضع	٣٣,٧٥	٢,٤٨	٣٠,٠٠	١,٨٠	٢,٨٠	٠,٠٥	ربو
٥	مهارة أصابع نزع	٤٧,٠٠	١,٨٧	٤٠,٧٥	٢,٠٤	٢,٠٠	غير دال	ربو
٦	الفهم اللفظى	٦,٧٥	٣,٣٤	٦,٢٥	٢,١٩	٠,٥٠	» »	ربو

جـــدول رقـــم (٢١)

ونلاحظ في الجدول رقم (٢١) ما يلي: ـ

(أ) أن اختبار مهارة الأصابع وضع هو الذي يميز تمييزاً دالاً عند مستوى ٠,٠٥ بين المجموعتين.

(ب) أن اختباري الاستدلال الميكانيكي والتجميع الميكانيكي هما الاختباران اللذان يسير الفرق فيهما في صالح مجموعة الجهاز المعدي معوي.

(جـ) أن اختبارات سرعة الإدراك ومهارة الأصابع وضع ونزع والفهم اللفظي هي الاختبارات التي يسير الفرق فيهما في صالح مجموعة الربو.

ومن خلال الملاحظات السابقة نجد:

(أ) أن الاختبارات التي يسير الفرق فيها في صالح مجموعة الجهاز المعدي معوي أحدهما من اختبارات الورقة والقلم (استدلال ميكانيكي) والثاني من الاختبارات العملية (تجميع ميكانيكي) الأدائية. ويبدو أن

الاختبارين يشتركان في وظيفة واحدة يقيسانها وهي إدراك العلاقات المكانية وتلك الوظيفة الأخيرة يتميز فيها ـ، وإن كان ذلك غير دال ـ مرضى الجهاز المعدي معوي عن الربو الشعبي.

(ب) أن الاختبارات التي يسير فيها الفرق في صالح مجموعة الربو الشعبي تنقسم لقسمين اثنين منهما من اختبارات الورقة والقلم وهما سرعة إدراك العدد والثاني اللفظي ويبدو أنه يجمع بينهما عامل واحد هو سرعة حل المشاكل سواء كانت هذه المشاكل ذات طابع أدائي ميكانيكي أو ذات طابع لفظي في مجال الحياة اليومية، واثنين منهما من الاختبارات العملية وهما مهارة الأصابع وضع ومهارة الأصابع نزع ويقيسان عاملاً واحداً هو السرعة والدقة من الأعمال الدقيقة.

٢ ـ يوضح الجدول رقم (٢٢) الفروق بين حالات الربو وحالات القلب والأوعية الدموية: ـ

رقم	الاختبارات	الربو		القلب		قيمة « ت »	مستوى الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١	سرعة إدراك العدد	٩,٠٠	٣,٩٠	٨,٥٠	٢,٩١	٠,٣٠	غير دال	ربو
٢	استدلال ميكانيكى	١١,٥٠	١,٨٥	١٢,٨٧	٢,٦٠	٠,٧٠	»	قلب
٣	تجميع ميكانيكى	٦,٠٠	٤,٠٦	٦,١٠	٢,٥٧	—	»	قلب
٤	مهارة أصابع وضع	٣٣,٧٥	٢,٤٨	٣٠,٠٠	١,٨٠	١,٧٠	»	ربو
٥	مهارة أصابع نزع	٤٧,٠٠	١,٨٧	٤٠,٧٥	٢,٠٢	٤,٦٠	٠,٠١	ربو
٦	فهم لفظى	٦,٧٥	٣,٣٤	٧,٦٠	١,٥٧	٠,٣٠	غير دال	قلب

جدول رقم (٢٢)

ويلاحظ على الجدول رقم (٢٢) ما يلي: ـ

(أ) أن الاختبار الوحيد الذي يميز تميزاً دالاً بين مجموعة الربو ومجموعة القلب هو اختبار مهارة الأصابع نزع.

(ب) أن الاختبارات الستة لا تميز تمييزاً دالاً بين المجموعتين: سرعة الإدراك والاستدلال الميكانيكي والتجميع الميكانيكي ومهارة الأصابع نزع والفهم اللفظي. وهذه الاختبارات من حيث اتجاه الفرق تنقسم لقسمين: القسم الأول: يسير الفرق فيها في صالح حالات الربو وهي اختبارات سرعة الإدراك، ومهارة الأصابع وضع ومهارة الأصابع نزع والأول من اختبارات الورقة والقلم والثاني من الاختبارات الحركية. القسم الثاني: يسير الفرق فيها في صالح حالات القلب وهي اختبارات الاستدلال الميكانيكي والفهم اللفظي، وواحد منهما من الاختبارات العملية وهو اختبار التجميع الميكانيكي.

٣ ـ ويبين الجدول رقم (٢٣) أيضاً الفرق بين حالات الربو وحالات الجهاز المعدي معوي في الروح المعنوية.

رقم	متغيرات الروح المعنوية	الربو الشعبى		الجهاز المعدى معوى		قيمة	مستوى	اتجاه
		م	ع	م	ع	« ت »	الدلالة	الفرق
١	قدرة الإشراف على تنظيم العمل	٣,٢٥	٢,١٦	٤,٢٥	١,٥١	٠,٧٢	غير دال	المعدى
٢	كفاءة الإدارة	٢,٠٠	١,١٨	٣,٥٠	١,٥٠	١,٢٨	» »	المعدى
٣	المكانة والتقدير	٤,٢٥	٢,٠٤	٣,٦٣	٠,٤٨	٠,٧٠	» »	الربو
٤	الأمنة فى العمل	٣,٠٠	٣.٠٨	٤,٣٨	١,٨٧	٠,٨٧	» »	المعدى
٥	التوحد بالشركة	٣,٥٠	٢,٠٦	٤,٣٨	١,٧٢	٠,٦٥	» »	المعدى
٦	أعراض الروح المعنوية	٢,٧٥	١,٣٠	٣,٠٠	١,٥٠	٠,٢١	» »	المعدى
٧	مزايا العاملين	٣,٧٥	١,٢٩	٢,٠٠	١,٥٠	١,٥٠	» »	الربو

رقم	متغيرات الروح المعنوية	الربو الشعبي		الجهاز المعدى معوى		قيمة « ت »	مستوى الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
٨	الود والتعاون بين العاملين	٥,٠٠	١,٠٠	٤,٦٣	١,٣١	٠,٣٠	غير دال	المعدى
٩	علاقة العمال بالمشرف	٣,٧٥	٢,٠١	٥,٠٠	١,٤١	١,٣٠	»	المعدى

جدول رقم (٢٣)

ونلاحظ على نتائج الجدول رقم (٢٣) ما يلي: -

(أ) أن جميع الاختبارات لا دلالة لها.

(ب) أن هذه الاختبارات غير الدالة تتسم من حيث اتجاه الفرق إلى القسمين التاليين:

القسم الأول: يتجه الفرق فيه في صالح حالات الربو الشعبي وهذه الاختبارات هي المكانة والتقدير ومزايا العاملين، والقسم الثاني يتجه الفرق فيه في صالح حالات الجهاز المعدي معوي وهذه الاختبارات هي قدرة الإشراف على تنيم العمل وتوفير متطلباته وكفاءة الإدارة والأمنة في العمل والتوحد بالشركة وأعراض الروح المعنوية (تشير الدرجة العالية فيه إلى أن الأعراض النفسية المرضية المرتبطة بالروح المعنوية تعكس انخفاض الروح المعنوية)، والود والتعاون بين العاملين وعلاقة العمال بالمشرف. وتشير نتائج القسم الثاني إلى أن حالات الربو يتمتعون بروح معنوية أقل بوجه عام عن حالات الجهاز المعدي معوي وذلك إذا استثنينا المتغيرين الذين يتجه الفرق فيهما في صالح حالات الربو وهما المشار إليهما في القسم الأول.

٤ ـ ويوضح الجدول رقم (٢٤) أيضاً الفروق بين حالات الربو وحالات القلب والأوعية في الروح المعنوية:

رقم	متغيرات الروح المعنوية	حالات الربو		حالات القلب		قيمة « ت »	مستوى الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١	قدرة الإشراف على تنظيم العمل	٣,٢٥	٢,١٦	٤,١٣	٢,٥٧	٠,٦٠	غير دال	قلب
٢	كفاءة الإدارة	٢,٠٠	١,١٨	٣,٥٠	٢,١٧	١,٣٠	» »	»
٣	المكانة والتقدير	٤,٢٥	٢,٠٤	٣,٥٠	١,٠٠	٠,٨٠	» »	ربو
٤	الأمنة فى العمل	٣,٠٠	٣,٠٨	٥,٢٥	١,٩٥	١,٥٠	» »	قلب
٥	التوحيد بالشركة	٣,٥٠	٣,٠٦	٥,٢٥	١,٩٥	١,٣٠	» »	»
٦	أعراض الروح المعنوية	٢,٧٥	١,٣٠	٤,٣٨	١,٥٩	١,٤٠	» »	»

جـــدول رقـم (٢٤)

ونجد من الجدول رقم (٢٤) أن جميع المتغيرات لا تميز تمييزاً دالاً بين المجموعتين وأن هذه المتغيرات تنقسم لقسمين. القسم الأول: يسير اتجاه الفرق في صالح حالات القلب وذلك بالنسبة لمتغيرات قدرة الإشراف وكفاءة الإدارة والأمنة في العمل والتوحد بالشركة وأعراض الروح المعنوية. أما القسم الثاني: فيسير اتجاه الفرق فيه في صالح حالات الربو وذلك بالنسبة لمتغير المكانة والتقدير. وتشير نتائج القسم الثاني إلى أن حالات الربو أقل من مستوى الروح المعنوية عن حالات القلب.

(٥) ونرى في الجدول رقم (٢٥) الفروق بين حالات الربو وحالات الجهاز المعدي معوي في الجوانب الانفعالية والسيكوسوماتية كما تقاس بقائمة كورنل:

رقم	الاختبارات	الربو		معدى معوى		قيمة « ت »	مستوى الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١	الخوف وعدم الكفاية	١٠,٧٥	٤,٣٤	٥,٢٥	٢,٦٧	٢,٤٤	٠,٠٥	ربو
٢	الاكتئاب	٣,٠٠	١,٨٧	٢,٥٠	١,٧٣	٠,٢٧	غير دال	»
٣	العصبية والقلق	٢,٧٥	٢,١٦	٢,٢٥	١,٧٤	٠,٣٧	» »	»
٤	أمراض التنفس والدورة	٤,٠٠	٠,٧٠	١,٥٠	١,٨٧	١,٢٥	» »	»
٥	الفزع	٥ر٠٠	١,٨٧	٢,٢٥	٢,٧٩	٢,٠٥	» »	»
٦	الأعراض السيكوسوماتية	٧,٠٠	٣,٢٤	٤,٣٨	١,٧٢	١,٠٢	» »	»
٧	الخوف على الصحة	٥,٠٠	١,٢٢	٤,٢٥	١,٥٠	٠,٦٤	» »	»
٨	الأعراض المعدية معوية	٥,٢٥	١,٥٩	٦,٧٥	٢,٣٣	١,١١	» »	»
٩	الحساسية والشك	٤,٥٠	١,٥٠	٣,٥٠	٠,٨٦	١,٠٥	» »	»
١٠	السيكوباتية	٣,٢٥	١,٦٣	٣,٥٠	١,٧٣	٠,١٨	» »	»

جدول رقم (٢٥)

ونجد من الجدول رقم (٢٥) أن الاختبار الوحيد الذي يميز تمييزاً دالاً بين حالات الربو وحالات الجهاز المعدي معوي هو اختبار الخوف وعدم الكفاية. كما نجد أيضاً أن باقي الاختبارات تنقسم إلى قسمين من حيث اتجاه الفرق غير دال. القسم الأول: يسير الفرق فيه (حسب المتوسط بالطبع) في صالح حالات الربو الشعبي وذلك بالنسبة لاختبارات الاكتئاب

والعصبية والقلق وأعراض التنفس والأوردة الدموية والفزع والأمراض السيكوسوماتية والخوف على الصحة والحساسية والشك. أما القسم الثاني فيسير الفرق فيه في صالح حالات الجهاز المعدي معوي وذلك بالنسبة لاختباري الأعراض المعدية معوية والسيوباتية.

٦ ـ ونجد في الجدول رقم (٢٦) الفروق بين حالات الربو الشعبي وحالات القلب على قائمة كورنل:

رقم	الاختبارات	ربو		قلب		قيمة « ت »	مستوى الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١	خوف وعدم كفاية	١٠,٧٥	٤,٣٤	٧,١٣	٢,٢٩	١,٩٠	غير دال	ربو
٢	الاكتئاب	٣,٠٠	١,٨٧	٢,٥٠	٢,٠٠	٠,٢٧	» »	»
٣	عصبية وقلق	٢,٧٥	٢,١٦	٣,٦٣	٠,٩٨	٠,٨٠	» »	قلب
٤	أعراض تنفس	٤,٠٠	٠,٧٠	٣,٣٣	١,٥٧	٠,٤٠	» »	ربو
٥	فزع	٥,٠٠	١,٨٧	٢,٧٥	١,٧١	١,٦٧	» »	»
٦	أعراض سيكوسوماتية	٧,٠٠	٣,٢٤	٥,١٣	٣,٨٠	٠,٦٩	» »	»
٧	خوف على الصحة	٥,٠٠	١,٢٢	٤,٥٠	١,٨٧	٠,٤٣	» »	»
٨	أعراض معدية معوية	٥,٢٥	١,٥٩	٣,٨٨	١,٨٣	١,٠٠	» »	»
٩	حساسية وشك	٤,٥٠	١,٥٠	٣,٨٨	١,١٦	٠,٦٦	» »	»
١٠	سيكوباتية	٣,٢٥	١,٦٣	٣,٥٠	٠,٥٠	٠,١٨	» »	قلب

جدول رقم (٢٦)

ويتضح من الجدول رقم (٢٦) أن جميع الاختبارات لا دلالة لها. وأن هذه الاختبارات تنقسم من حيث اتجاه الفرق. القسم الأول: في صالح مجموعة القلب والأوعية الدموية وذلك بالنسبة الاختبارات العصبية والقلق والسيكوباتية، والقسم الثاني في صالح مجموعة الربو الشعبي وذلك بالنسبة لباقي الاختبارات.

الفصل السادس والعشرون

تفسير النتائج

سنقتصر في تفسيرنا لنتائج هذه الدراسة على المتغيرات الدالة في القدرات والروح المعنوية والنواحي الانفعالية.

أولاً: تفسير نتائج الدراسة الأولى:

تفسير نتائج اختبارات القدرات:

١ ـ من وجهة نظر هذا البحث ـ أي التوافق في العمل ـ نجد أن متوسط درجات مرضى الربو الشعبي على معظم الاختبارات أقل من درات نظرائهم من الأسوياء. وهذا يعني أن قدراتهم على لأداء في العمل أقل من قدرات الأفراد العاديين في المجتمع، وبمعنى آخر فإن نقص هذه لقدرة لديهم يجعلهم لا يستطيعون القيام بالعمل كما هو متطلب منهم مما يشير إلى أن درجة الإرضاء لديهم وهي من علامات التوافق في العمل ـ أقل بكثير مما هو متوقع ويعني بذلك إن إنتاجهم وقدراتهم على العمل أقل مما هو مطلوب للعمل. وأنه لمما شك فيه أن الأداء غير الناجح على النحو السابق يصحبه من قبل الرؤساء عقاب Punishment تتنوع صوره وأشكاله كالإنذار والجزاء والفصل وعدم الترقية وعدم منح الأجور الحافزة. ولا شك أيضاً إن تعرض العامل لأي موقف من هذه المواقف الضاغطة (إنذار ـ جزاء ـ فصل ـ خصم من المرتب... الخ). أمر يهدد حياته ومستقبله مما ينعكس أثره على أحد أجهزة الجسم.

٢ ـ تتسق نتيجة اختبار مهارة الأصابع وضع، ومهارة الأصابع نزع واختبار التجميع الميكانيكي أي انخفاض هذه المهارة لدى مرضى الربو

الشعبي مع ما توصل إليه ديوجيد Duguid وروجرسون Rogerson وهارد كاسل Hardcastle (١٠ : ٣٣٧) وهو أن الأطفال المصابين بالربو الشعبي يتميزون بضعف في القدرة على العمل اليدوي.

تفسير نتائج الروح المعنوية:

لا يوجد فرق دال من الناحية الإحصائية بين مجموعة الربو الشعبي والأسوياء على الدرجات الفرعية لمقياس الروح المعنوية والدرجة الكلية لنفس المقياس. وبناءً على الأساس السابق وضعه سنكتفي بمناقشة ذلك في الجزء الخاص بمناقشة النتائج في نهاية الدراسة.

تفسر نتائج النواحي الانفعالية:

١ ـ ميزت جميع الاختبارات الفرعية لقائمة كورنل ـ ما عدا مقياس الاكتئاب والعصبية والقلق والحساسية والشك والسيكوباتية ـ تمييزاً دالاً بين حالات الربو الشعبي وأفراد المجموعة الضابطة من الأسوياء ولقد كان مستوى الدلالة على كل الاختبارات تتراوح بين ٠,٠٥، ٠,٠١ كما أننا نلاحظ أن أعلى قيم «ت» في أعراض التنفس والدورة الدموية إذ تصل قيمتها إلى ١٠ ويلاحظ كذلك في هذه النتائج أن مجموعة الأسوياء بلا أعراض (ذات طابع مرضي بالنسبة للمجموعة الضابطة) في جهاز التنفس ومجموعة المرضى تتزايد أعراضهم في هذا الجهاز وتتركز فيه عن الأسوياء.

٢ ـ اتجاه الفرق من حيث المتوسط يسير في صالح حالات الربو وذلك من حيث ارتفاعه لديهم وذلك على جميع الاختبارات الفرعية لقائمة كورنل سواء أكانت دالة أو غير دالة ويشير ذلك إلى زيادة الأعراض المرضية لدى حالات الربو عنه لدى الأسوياء.

٣ ـ تؤكد النتائج التي توصلنا إليها ما وصل إليه هاليدي Halliday في دراسته على عمال المناجم حيث وجد ارتفاعاً كبيراً في العصاب والاضطرابات السيكوسوماتية. ولقد عزا هاليدي هذه الزيادة إلى التغيرات

الفنية في أساليب العمل بالمنجم الذي كان يقوم العمال بالعمل في. وفي دراستنا فإن معظم العمال المصريين قد انتقلوا من المجتمع الزراعي للمجتمع الصناعي الذي يقتضي منهم توافقات جديدة في العمل ونتوقع حدوث اضطرابات لدى البعض منهم نتيجة لذلك.

٤ ـ تشير النتائج السابقة (زيادة الأعراض المرضية كما تقاس بقائمة كورنل لدى المرضى بشكل دال عند لدى الأسوياء) إلى أن التوافق لمحقق بين المرضي من حالات الربو الشعبي وبين بيئتهم قد ساء وفقد وذلك لفشلهم في عمل التعديلات السلوكية التي تتناسب والمواقف التي يمرون بها.

٥ ـ تتفق نتائج هذه الدراسة مع ما سبق أن توصلت إليه دراسات درموت وكوب وستراوس ودنبار السابق عرضها في الإطرا النظري لهذه الدراسة.

ثانياً: تفسير نتائج الدراسة الثانية:

(أ) تفسير نتائج الفروق بين الربو والجهاز المعدي:

١ ـ بالنسبة لاختبارات القدرات فما سبق أن تبين لنا فإن الاختبار الوحيد الذي ميز تمييزاً دالاً هو اختبار مهارة الأصابع وضع فبلغت قيمة «ت» ٢,٨٠ مستوى الدلالة عند ٠,٠٥ أما باقي الاختبارات فلم تميز تمييزاً دالاً بين المجموعتين وكان معظمها في صالح مجموعة الربو. أي أنه بالمقارنة بينهما باستخدام المتوسط نجد أن مجموعة الربو الشعبي أعلى أداء في اختبارات القدرات من مجموعة الجهاز معدي معوي، وقد تعزى هذه النتيجة وهي عدم وجود دالة على معظم الاختبارات إلى ما سبق أن افترضناه وهو وجود علاقة تشابه بين حالات الربو وحالات الجهاز المعدي في الجوانب النفسية. كما تتمشى هذه النتيجة مع ما ذهب إليه بنجر Binger من أن الجهاز التنفسي له علاقة بنائية وراثية بالجزء المعدي معوي وتبعاً لذلك تتشابه وظائفهما من عدة نواحي (٢٢: ٦٠٣). ونقول في نهاية

الأمر أن الصفحة النفسية لقدرات مرضى الربو الشعبي تتشابه مع نمط الصفحة النفسية لقدرات مرضى الجهاز المعدي معوي في معظم النواحي.

٢ - بالنسبة للروح المعنوية فإننا لم نجد أية فروق لها دلالة بين مرضى الربو الشعبي وبين مرضى الجهاز المعدي معوي إلا أن هذه الفروق غير الدالة تشير إلى انخفاض الروح المعنوية لدى حالات الربو الشعبي عنه لدى حالات الجهاز المعدي معوي. وعدم وجود فرق دال بين حالات الربو وحالات الجهاز المعدي معوي في الروح المعنوية يتمشى مع افتراضنا السبق والخاص: بأن التشابه البنائي بين حالات الجهازين التنفسي (الربو الشعبي أحد فئاته) وحالات الجهاز المعدي (كما يذكر بنجر Binger) يتبعه ارتباط بينهما في النواحي النفسية التي تقيسها أدواتنا. وهكذا نجد أن توحد مرضى الربو بالشركة وإحساسهم بأنهم جزء لا يتجزأ منها وشعورهم بالأمن ووجود علاقات ود بينهم وبين رؤسائهم وزملائهم لا يختلف اختلافاً دالاً عن توحد مرضى الجهاز المعدي معوي بالشركة وعن إحساسهم بالمكانة والتقدير.... إلخ).

٣ - أما بالنسبة للنواحي الانفعالية كما تقاس بقائمة كورنل فإنه لا يوجد فرق دال إحصائياً بين حالات الربو وحالات الجهاز المعدي معوي على معظم الاختبارات الفرعية للقائمة، والاختبار الوحيد الذي يميز بين المجموعتين هو اختبار الخوف وعدم الكفاية. وإلى جانب وجود فرق دال بين المجموعتين على اختبار الخوف وعدم الكفاية فإن الفروق على جميع اختبارات القائمة تسير في صالح مجموعة الربو الشعبي. وتشير تلك النتائج إلى أن مرضى الربو الشعبي يعبرون صراحة عما يجول في نفوسهم بعكس حالات الجهاز المعدي معوي (١٧ : ٢٢٨).

(ب) تفسير نتائج الفروق بين مرضى الربو ومرضى القلب والأوعية الدموية:

١ - بالنسبة لاختبارات القدرات نجد عدم وجود فروق دالة بين حالات الربو وحالات القلب في جميع اختبارات القدرات ما عدا اختبار

مهارة الأصابع نزع فالفرق بين المجموعتين على هذا الاختبار دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ وفي صالح حالات الربو أعلى في المهارة الحركية المتعلقة بالأصابع عن حالات القلب.

٢ ـ وبالنسبة للروح المعنوية لا توجد فروق دالة إحصائياً بين حالات الربو وحالات القلب إلا أن الفروق باستخدام المتوسط تسير في صالح مجموعة القلب أي أن حالات القلب أعلى في روحهم المعنوية من حالات الربو الشعبي.

٣ ـ وبالنسبة للاختبارات الفرعية لقائمة كورنل لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين على اختبارات القائمة. وبالنظر للفرق بين المجموعتين من خلال المتوسطات نجد أنه يسير في صالح حالات الربو على معظم هذه الاختبارات مما يشير إلى أنهم أكثر اضطرابات من حالات القلب في تلك الجوانب التي يقيسها الاختبار.

مناقشة عامة لنتائج الدراسة:

١ ـ تشير نتائج الدراسة الأولى الخاصة بأهمية تناول أمراض الجهاز التنفسي بالبحث والدراسة إلى أن دور العوامل النفسية أهم من دور العوامل المهنية في أمراض الجهاز التنفسي. وتتسق نتائج هذه الدراسة مع ما أكدته البحوث السابقة (١، ٢، ٣).

٢ ـ كذلك تشير نتائج الدراسة الثانية إلى أن مرضى الربو يتفوقون بشكل دال إحصائياً في كثير من محكات العمل كالغياب والحوادث والجزاءات... الخ. وتتفق هذه النتيجة مع ما سبق أن أكده المحللون النفسيون في دراستهم التحليلية لحالات الربو من أن هؤلاء المرضى يعربون سلوكياً (التنفيس بالتنفيذ) عن تخيلاتهم ويظهر الإعراب السلوكي عن هذه التخيلات في شكل تأخر عن العمل وشكاوي ضد لزملاء أو الرؤساء والتردد على العيادة الطبية.. إلخ (٢٣ : ٣٣٠).

٣ ـ أجابت نتائج الدراسة على مرضى الربو الشعبي على جوانب من

الفروض التي سبق أن طرحناها في بداية الدراسة على النحو الآتي: ـ

(أ) بالنسبة للقدرات:

١ ـ يوجد فرق غير دال في صالح الأسوياء وفي غير صالح المرضى على اختبار سرعة إدراك العدد.

٢ ـ لا يوجد فرق بين المجموعتين المرضى والأسوياء في جميع نواحي القدرات وهي الاستدلال الميكانيكي والتجميع الميكانيكي ومهارة الأصابع وضع ومهارة الأصابع نزع والفهم اللفظي وسرعة الإدراك.

٣ ـ بالنسبة للجوانب التي لا يوجد فرق دال بين المجموعتين نجد أن بعض الجوانب يسير المتوسط فيها في صالح المجموعة التجريبية كالاستدلال الميكانيكي، وبعض الجوانب يسير المتوسط فيها في صالح المجموعة الضابطة كالتجميع الميكانيكي ومهارة الأصابع وضع والفهم اللفظي وتتفق تلك النتيجة الأخيرة مع ما توصل إليه روجرسون وآخرين (١٠ : ٣٣٧).

(ب) بالنسبة للروح المعنوية:

١ ـ لا يوجد فرق دال إحصائياً بين مرضى الربو الشعبي والأسوياء على متغيرات الروح المعنوية.

٢ ـ بالنسبة لذلك (ما جاء في ١) نجد أن بعض الجوانب يسير المتوسط فيه في صالح التجريبية ككفاءة الإدارة والتوحد مع الشركة. وبعض الجوانب يسير المتوسط فيها في صالح المجموعة الضابطة كقدرة الإشراف على تنظيم العمل وتوفير متطلباته والمكانة والتقدر والأمنة في العمل وأعراض الروح المعنوية ومزايا العاملين وعلاقة العمال بالمشرف والدرجة الكلية للروح المعنوية.

(جـ) بالنسبة للنواحي الانفعالية:

١ ـ يوجد فرق دال من الناحية الإحصائية بين حالات الربو الشعبي والأسوياء على جميع الاختبارات الفرعية لقائمة كورنل ما عدا مقياس

الاكتئاب والعصبية والقلق. والحساسية والشد والسيكوباتية.

٢ - أجابت نتائج النواحي الانفعالية عن الفروض السابق طرحها في بداية هذه الدراسة.

٣ - بالنسبة لوجود فرق دال بين مجموعة الربو الشعبي ومجموعة الجهاز المعدي معوي في اختبار مهارة الأصابع وضع فإن هذه النتيجة لا تتفق مع ما توصل إليه روجرسون وهارد كاسل من أن الأطفال المرضى بالربو الشعبي يتميزون بضعف في القدرة على العمل اليدوي. وقد يرجع عدم الاتفاق لاختلاف العينة من حيث العمل وما يرتبط به من مستوى نضج إلى أنه من المحتمل أن تكون المقارنة بين مرضى الربو من الأطفال في دراسة روجرسون وهارد كاسل مع أسوياء.

٤ - تبين لنا أن الروح المعنوية لدى حالات الربو أقل منها لدى حالات الجهاز المعدي معوي وحالات جهاز القلب والأوعية الدموية وذلك بالنظر إلى متوسط الدرجات.

٥ - ترجع النتيجة السابقة إلى أن حالات الربو يعربون عن ما في أنفسهم صراحة أكثر من حالات الجهاز المعدي معوي وحالات القلب والذين عادة ما يكتمون هذه النواحي (دنبار - فرنش - انجلش).

٦ - تتفق النتيجة السابقة مع ما سبق أن توصلنا إليه في دراستنا الثانية والخاصة بأهمية دراسة حالات الجهاز التنفسي.

٧ - ممكن إرجاع عدم وجود فروق دالة إحصائياً على معظم اختبارات القدرات بين حالات الربو من جهة وكل من حالات الجهاز لمعدي معوي وجهاز القلب والأوعية الدموية إلى ما يذهب إليه البعض (بنجر - كريستي) من أنه توجد علاقة بنائية ووراثية بين الجهاز التنفسي والجهاز المعدي معوي وتبعاً لذلك فإن وظائفهما تتشابه من عدة نواحي، كما أنهما يختصان بنقل المواد الآتية من البيئة الخارية بعد اتحادهما لخلايا الجسم. كذلك فإنه من جهة أخرى يوجد جدال حول تصنيف عرض الجهد

فالبعض يدخل في نطاق الجهاز التنفسي والبعض يصنفه على أنه عصاب قلب من جهة أخرى مما يشير ذلك إلى أن الجهاز التنفسي وجهاز القلب يشتركان في بعض الأعراض (٢٢: ٦٠٣). وعلى هذا الأساس نؤكد ما سبق أن قلناه من تشابه الصفحة النفسية للقدرات في حالات الربو والجهاز المعدي والقلب في كثير من جوانبها.

٨ ـ تؤيد النتائج التي توصلنا ءليها فيما يتعلق بالفروق بين حالات الربو وحالات القلب وحالات الجهاز المعدي معوي في الروح المعنوية وفي الجوانب الانفعالية ما أشرنا إليه من تفسير في النقطة السابقة.

٩ ـ يشير الارتفاع في المتوسط لدى حالات الربو في الجوانب الانفعالية والانخفاض في المتوسط في الروح المعنوية لسوء توافق في العمل لدى حالات الربو، فشخصية المري بالربو مليئة بالصراعات والقلق ولا تتمتع بتوافق سوى مع الزملاء والرؤساء وظروف العمل.

الخلاصـــة:

حققت هذه الدراسة كثيراً من أهدافها: ـ فالعامل النفسي له أهميته الكبرى في ظهور أمراض الجهاز التنفسي عن العوامل المهنية من أتربة وغازات. كما أن مرضى الجهاز التنفسي أقل في كفايتهم الإنتاجية من مرضى فئات الاضطراب السيكوسوماتي الأخرى. كذلك توجد فروق دالة في النواحي الانفعالية بين مرضى الربو والأسوياء. كما أن مرضى الربو لا يختلفون اختلافاً دالاً على اختبارات القدرات والروح والمعنوية والنواحي الانفعالية عن مرضى الجهاز المعدي معوي ومرضى القلب وقد يشير ذلك إلى وجود تشابه في البناء النفسي بينهم.

مراجع الباب الثامن

أولاً: المراجع العربية:

١ - أسامة العطار - التفتيش الطبي للمصنع - نشرة جمعية إدارة الأعمال - ١٩٦٧ - ص ٢٥.

٢ - السيد خيري - قياس وتشخيص الروح المعنوية في الصناعة - المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ١٩٧٢ ص ١٤٠.

٣ - سيد عبد الحميد مرسي: سيكولوجية المهن - دار النهضة العربية. - ١٩٦٥ - صفحة ١١.

٤ - شركة الحديد والصلب المصرية بحلوان: تقرير العمالة السنوي للشركة عام ١٩٦٧ - ١٩٦٨.

٥ - شركة الحديد والصلب المصرية بحلوان: تقرير العمالة السنوي للشركة عام ١٩٦٨ - ١٩٦٩.

٦ - شركة الحديد والصلب المصرية بحلوان: تقرير العمالة السنوي للشركة عام ١٩٦٩ - ١٩٧٠.

٧ - محمود أبو النيل - علم النفس الاجتماعي دراسات مصرية وعالمية - الجهاز المركزي للكتاب الجامعي - القاهرة - الطبعة الثالثة - ١٩٨٣.

٨ - محمود أبو النيل - الإحصاء النفسي والاجتماعي دراسات ميدانية تطبيقية - مكتبة الخانجي - ١٩٨١.

٩ - محمود السيد أبو النيل: علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة - رسالة دكتوراه غير منشورة قدمت لآداب عين شمس تحت إشراف د. السيد محمد خيري ١٩٧٢ صفحة ٢١٨.

١٠ ـ مصطفى زيور: مجلة علم النفس ـ المجلد الخامس ـ العدد الثالث ـ ١٩٥٠ ـ صفحة ٣٣٧.

١١ ـ مصطفى زيور: مجلة علم النفس ـ المجلد الأول العدد الأول ـ ١٩٤٥ ـ صفحة ١٣.

١٢ ـ نورمان ماير: تأليف ـ محمد عماد الدين إسماعيل وآخرون ترجمة ـ علم النفس في الصناعة، العربية للنشر والتوزيع ـ ١٩٦٦ ـ صفحة ٤٥٩، ٧٣٨.

ثانياً: المراجع الأجنبية

13 - Anderson E.A., & Trethowan W.H., Psychiatry, Baillère Tindall Cassell, London, 1967, p.65.

14 - A Lexander Franz, Fundamental Concepts of psychosomatic research, from Book: The study of Abnormal behavoir, Selected readings by: Melvin Zax & Gorge stricker, 1968, p.273.

15 - Barta Dolesly & Ludvikova, Psychological A bstracts, V.42, N.3, 1968, p. 426.

16 - Bandura Albert, A Social Learning, Interpretation of psychological dysftunctions, p.408.

17 - Dunbar, Flanders, Mind and Body: Psychomatic Medicine, Rondom House, New York, 1958, p. 228, 229.

18 - Gilmer B. von Haller, Industrial psychology, Mc. Graw Hillcomp New York, 1961 p. 459, 439.

19 - Garrett Henry E. & woodworth R.S., Statisties In psychology and Education, vakis, Feffer and simons private Lid., Bomby, 1967, p. 235.

20 - Laird & Laird, Practical Business Psychology, Mc Grow Hill Comp., New York, 1958, p. 231.

21 - Menninger, Karl, some unconscions psychological factors Associated with the common cold, From Book: Apsychiatrists world, the viking press, New York, 1956, p.229.

22 - Weiss E. & English O.S, Psychosomatic Medicine, W.B. Saunder, London, 1950, p.1603, 605, 612.

23 - Wilson C. philip, Psyschosomatic asthma and A cting out, Acase of Bronchial A sthma that developed De no vo In the terminal pshase of Analysis, The International Jour. Of psycho-Analysis, v.49, Part 2-3 1968. p. 330.

الباب التاسع

الدراسة الثالثة

دراسة عن العوامل النفسية المرتبطة بالأمراض الجلدية وجوانبها الإرشادية والتربوية (*)

الفصل السابع والعشرون: **مقدمة نظرية عن العوامل النفسية في الأمراض الجلدية.**

الفصل الثامن والعشرون: **أهداف الدراسة الحالية ونتائجها.**

(*) هذه الدراسة منشورة بمجلة جامعة الإمارات العربية ـ المجلد الأول صفحة ٨٩ ـ ١٠٤.

الفصل السّابع والعشرون

مقدمة نظرية عن العوامل النفسية في الأمراض الجلدية

مقدمة:

«العقل السليم في الجسم السليم» حكمة قديمة ما زال معناها يتردد حتى اليوم نراه في حياتنا وفي سلوكنا في حالات الصحة والمرض. ولقد عرف العلماء العرب من أمثال الرازي وابن سينا ما تحمله هذه الحكمة من مغزى فكانت «روشتة» علاجهم لكثير من حالات الإصابات القلبية «ابن سينا»، روماتيزم المفاصل (الرازي) فعندما استعصى عليهم علاج هذه الحالات علاجاً جسمياً فطنوا إلى أن علتها في «العقل» فوجهوا نظرهم لها وبدأوا بعلاجها حتى شفيت (٣: ٢١). وقد تنطوي تلك الحكمة المأثورة على نقد أساسي إذ تعطي سلامة الجسم «الأصل» وتضع العقل في سلامته في موقع «التابع»، لكننا هنا نؤكد على العلاقة التكاملية بين العقل والجسم والتفاعل القائم بينهما. وتعتبر النظرية السيكوسوماتية البديل الصحيح لتلك الحكمة والتي تتطابق مع فكرة التكامل والتفاعل بين العقل والجسم وهو ما نركز عليه في هذه الدراسة. وإن «النظرية السيكوسوماتية» والتي عرفها العلماء العرب من مئات السنين من أحدث النظريات التي تفسر كثيراً من الأمراض الجسمية النفسية اليوم، والتي يطلق عليها «أمراض العصر» كضغط الدم الأساسي، وقرحة المعدة، والأكزيما الجلدية، والربو الشعبي، والصداع النصفي على أساس أن نسبة عالية جداً من هذه الأمراض نفسية المنشأ.

أهمية دراسة علاقة الانفعالات بأمراض الجلد: ترجع أهمية دراسة

علاقة الانفعالات بأمراض الجلد إلى أن الجلد يعتبر جزءاً أساسياً من الكيان الإنساني البيولوجي، كما أنه يمثل همزة الوصل بين الذات والبيئة الخارجية التي يتفاعل معها، ولكل هذا يصبح الجلد عرضة لظهور الأمراض المختلفة من حك وهرش، والتي تعكس تشويه الذات وتعبر عن عدم الأمن والكراهية (٣: ٦٥).

ولقد شهدت السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً بعلاقة الانفعالات بأمراض الجلد، فالجلد كالعين عضو للتعبير إلى جانب أنه نقطة اتصال هامة بين العالم الداخلي والخارجي. فعندما يتعرض إنسان للخوف والخجل والتهيج والارتباك يشحب لونه ويحمر وجهه وتلك العلامات الأخيرة تظهر على جلد الإنسان.

ويذهب فيس وانجلش Weiss & English إلى أن الاضطرابات النفسية العصبية ترتبط إلى حد كبير بمرض الجلد والحكة وفقد النوم. كما يعتبر ستوكز Stokes في صدر أطباء الجلد الذين يقبلون وجهة النظر السيكوسوماتية وأثرها في تسبيب اضطرابات الجلد. ولقد أجرى الأطباء الكثير من المسوح التي أكدت أن نسبة كبيرة من الحالات التي ترد على أطباء أمراض الجلد تتركز في مجموعة أمراض الحكة وأمراض الجلد العصبي، والتي غالباً ما يستعصى علاجها على أطباء الجلد لعدم قدرتهم اكتشاف العوامل النفسية التي تقف وراء المرض، كحالة المريض الذي ظهر لديه مرض الجلد على وجهه وعنقه والجزء الأعلى من جسمه بعد زواجه بأسبوعين نتيجة الرائحة التي تستعملها زوجته، ولقد وجد راتنر Rattner أن لديه عصاباً نفسياً وحالة قلق، والكشف عن العلاقة بين مرض الجلد والرائحة التي تستعملها الزوجة لا يفطن إليها أطباء الجلد الذين لا يعرفون شيئاً عن النظرية «السيكوسوماتية». ويذكر دكتور هاريس Harris أن شخصية مريض الجلد تتسم بالمعاناة من العصاب والقلق الشديد بحجة عدم التقدير الذاتي (١٦: ٧٠٤).

العوامل الدينامية: يقصد بالعوامل الدينامية تلك المجموعة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تتفاعل وتتشابك مع بعضها البعض وتعمل في نهاية الأمر على حدوث ظاهرة من الظواهر أو اضطراب من الاضطرابات. وفيما يتعلق بالأمراض الجلدية يذكر بورتيلج Portielge عام ١٩٣٨ في مقالة له عن الحياة الغريزية والذكاء عند إنسان الغابة أن لدى هذه الحيوانات عادة Habit القيام بهرش أجسامها بشدة خاصة في الرأس والأزرع والبطن abdomen، ويلاحظ بورتيلج أن الحيوانات غالباً ما تبدأ الهرش كتنفيس إذا شعرت باعتراض على رغباتها.

أما تنبرجن Tinbergen في مقالة له عن «الأنشطة الغريزية» عام ١٩٥٢ فقد لاحظ أن الشمبانزي تحت ظروف معينة من الأحباط المرتبط بعمليات التغذية تكون معرضة للوقوع في نشاط شديد من الحك للهرش. ويقابل مثل تلك الأنشطة في الإنسان التثاؤب Yawning وحك الذقن rubbing، تمرير اليد على الشعر، قرض أي جزء من أجزاء الجسم، وهذه الحركات معظمها لا شعوري. وقد تكون علامات للحيرة والارتباك وتعبر عن الحنق rage المقموع (١٤ : ٣٣٦).

وتقول فلاندرز دنبار Flanders Dunbar أن الطفل الصغير الذي يعاني من مرض الجلد يقول: «أماه سأهرش وأحك إذا لم تحبيني» كأنما هناك حباً خانقاً Smother سينفجر على شكل مرض جلدي. فالجلد كما سبق أن ذكرنا هو الواسطة التي من خلالها نشعر بكل أنواع الإحساسات السارة والمؤلمة ومما يعكس ذلك التعبير الشائع في الحياة العسكرية عن الجندي «الذي يتصبب عرقاً» عندما يتحمل نظاماً قاسياً لا يحبه، أو الطفل عندما يصاب بأحد هذه الأمراض فإنه يقول «ماما سوف تنفخها» أو يقول: «بابا سوف يقبلها فتشفى» (٨ : ٣).

أما رأي هرمان موساف Herman Musaph فيذهب إليّ أن الهرش يحدث عندما لا تعطي الفرصة للفرد ليعبر عن انفعالاته، كما أن الإحساس

بالاعتراض أي عدم إعطاء الفرصة للتعبير يكشف عن بناء شخصية عصابية ذات أنا أعلى قد لا يسمح للانفعال أو الحنق أن يخرجا ليعبرا عن صورهما فيكتمهما فتظهر الهرشة نتيجة لذلك ولس لعامل خارجي. ويقول هرمان موساف «في رأيي أن الانفعال عندما يعترض ولا يسمح له بالتصرف يتحول أو يخبر (على حد قوله) في شكل هرشة.

مراحل النمو النفسي وصلتها بأمراض الجلد: النمو النفسي عبارة عن سلسلة متتالية من التغيرات الجسيمة والعقلية والانفعالية والاجتماعية التي تحدث للكائن الحي وهو جنين في بطن أمه فمولود وحتى يصير شاباً وتلك السلسلة من التغيرات تهدف إلى غاية واحدة هي اكتمال نضج الكائن الحي (٤ : ١). ومعروف أن الحياة عند الطفل تبدأ من بويضة الأنثى التي تتكون أصلاً من خلية واحدة ثم تنقسم بعد عملية الإخصاب من الحيوان المنوي للذكر وتستمر هذه العملية (الانقسام) حتى نهاية الأسبوع الثاني. ثم تنتقل البويضة الملقحة من قناة الرحم وتظل في سيرها حتى تلتصق بجدار الرحم في اليوم السادس بعد عملية تلقيح البويضة. والذي يهم موضوع دراستنا هنا أنه في نهاية الأسبوع الثاني حتى نهاية الشهر الثاني تأخذ البويضة الملقحة في تكوين ثلاث طبقات أساسية تبدأ منها أجهزة الجسم المختلفة، والطبقة الأولى Ectoderm من هذه الطبقات الثلاث هي التي يتكون منها الجلد ضمن أعضاء أخرى (٢ : ٩١). أي أن الجلد شأنه شأن أي عضو آخر في جسم الإنسان له صلته بعملية النمو بوجه عام ويتأثر بما تتعرض له البيئة الرحمية من انفعالات وأمراض.

وفيما يلي مراحل النمو النفسي وعلاقتها بأمراض الجلد خاصة الحكة والهرش. وكيف تنمو في كل مرحلة من هذه المراحل وتظهر الأمراض الجلدية.

أولاً: المرحلة الأولى أو المرحلة الفمية: وهي المرحلة الأولى من مراحل النمو النفسي عند الطفل حيث تتركز فيها اهتماماته على الإشباع الفمي وتستغرق هذه المرحلة العام الأول من حياة الطفل (٦ : ١). ويذكر

الكثير من الباحثين أمثال هوفر Hoffer 1960 وبولبي Bowlby 1960 ودويتش Deutech وساكل Sacel 1946 وسبتز Spitz 1965 أهمية هذه المرحلة من مراحل النمو لنشوء الكثير من الأمراض الجلدية خلالها، ويعطي لنا سبتز Spitz وصفاً لحالة أطفال يعانون من قرحة جلدية Eczema حيث كان الهرش فيها هو الشائع والغالب.

ويقول سبتز في هذا الصدد أن دراستنا للأطفال الذين تظهر عندهم القرحة الجلدية أظهرت أنهم ينقسمون إلى قسمين من الأطفال الشواذ:

١ ـ **القسم الأول**: وهم الأطفال الذين ينتمون لأمهات ذوي خصية غير ناضجة ويغلب على سلوكهن الصبغة الطفلية. والمثال على ذلك الأمهات اللاتي ينم سلوكهن عن كراهية فلا يرغبن في لمس أطفالهن أو العناية بهن ويحرمنهم من الاتصال الجلدي بهن Cutanous Contact.

٢ ـ **القسم الثاني**: أطفال ذوو استعداد خلقي أو ولادي Congenital Predisposition للاستجابة الجلدية بشكل كبير أي أن لديهم الاستعداد للاستشارة الجلدية.

ولقد أوضحت قوائم النمو المعدة علي أساس نتائج اختبارات بوهلر هتزر Buhler - Hetzer أن الأطفال الذين يعانون من القرحة الجلدية يتصفون عن غيرهم من الأطفال الذين لا يعانون منها بتأخرهم بصورة متميزة بالنسبة لتعلم عمل الدائرة، في هذه الاختبارات والذي يعكس القدرة على التقليد والقدرة على التذكر. كذلك تأخرهم بصورة متميزة أيضاً في إقامة العلاقات الاجتماعية. ويرجع هذا بالطبع إلى الظروف التي تربى فيها الطفل فأمه القلقة التي لا تلمسه خلال الشهور الستة الأولى والتي يكون فيها لطفل متمركزاً حول ذاته يجعل تقمصه لوالديه صعباً.

ثانياً: المرحلة الثانية أو المرحلة الشرجية: وهي المرحلة التالية في مراحل النمو النفسي للمرحلة السابقة (في العام الثاني من حياة الطفل) والتي تتركز فيها اهتمامات الطفل حول عمليات الإخراج والنظافة. وتعاني

أغلبية كبرى من المرضى «من مرض الهرش في منطقة التناسل» وتظهر لدى هؤلاء المرضى ميول وسواسية قوية وميول جنسية مثلية، ويذهب فرويد إلى القول بأن الهرش يكون نتيجة عملية كبت فاشلة.

ثالثاً: المرحلة الثالثة أو المرحلة التناسلية: وتبدأ من سن الثالثة وهي المرحلة التي يزداد فيها حب الاستطلاع العام للجنس عند الطفل كما تتسم ببداية الميل للاتصال بأحد الوالدين من الجنس المغاير (١٦ : ٧٠٧).

ويتفق الأطباء النفسيون على أن مشاعر الخجل هي المميزة للمرضى الذين يذهبون لأقسام الأمراض الجلدية لدرجة أنهم يأتون صيفاً وشتاءً وهم يرتدون ملابس أكثر من اللازم. ويعكس هذا وبوضوح خجلهم المتعمق من إظهار الأماكن المصابة في جلدهم. وعند زيارة الطبيب الذي يهتم بالتوتر النفسي الذي يسبب نوبات الهرش وجد بوضوح أن لديهم حاجة قوية لإظهار الأجزاء المصابة في الجلد فيجدونها فرصة سانحة للهرش (١٤ : ٣٣٦).

نتائج الدراسات السابقة: وبالإضافة لما سبق يؤكد كلودر Klauder أن العامل النفسي له دور كبير في مرضى الجرب Itching، كما وجد في نسبة كبيرة من مرضى الحكة أنهم يعانون من عصاب نفسي Psycho - Neuroses. وذهب إلى القول بأن نسبة كبير من مريضات الحكة في منطقة الفرج، تفشل الفحوص الطبية في الكشف عن وجود سبب عضوي.

ويذهب أطباء الجلد إلى أنه بالإضافة إلى أن منطقة الشرج حساسة للمنهبات، فإن الحكة في هذه المنطقة ذات مكون نفسي المنشأ لعلاقة ذلك بعدم الرغبة في الجماع الجنسي لدى هؤلاء المرضى. ويقول كارل مننجر، واكرمان Menninger & Axkerman أن أمراض الجلد تعبر عن عقاب لهؤلاء المرضى لما يحملونه من كراهية ناحية الأب، ولقد كشف مننجر أن الدافع اللاشعوري وراء ذلك ما يلي:

(أ) أن هذه الأمراض تعبير عن كراهية مكبوتة تجاه أحد الأشياء أو الأشخاص في البيئة.

(ب) أن هذه الأمراض استجابة للشعور بالذنب في صورة عقاب موجه نحو الذات وأصل هذا الشعور الكراهية.

(جـ) أن هذه الأمراض نوع من المعاناة بطريقة مازوخية.

وألى جانب تلك العوامل اللاشعورية يوجد الدافع الشعوري المتمثل في الكسب الثانوي أي الحصول على الانتباه والعطف من الآخرين (١٦ : ٧١٢). ولقد وجد فريمان Freeman أن مرضى الحساسية الجلدية مكتئبين ومنعزلين وغير قانعين باستخدام عدد من المقاييس الأكلينيكية كاختبار الشخصية المتعدد الأوجه (١٠ : ٣٠٥).

وفي دراسة لستوكز Stokes ومساعديه على ١٠٠ حالة من حالات الارتكاريا وجد في المجموعة التجريبية أن العامل الوراثي يوجد في ٦٠٪ من حالات هذه المجموعة، بينما يوجد فقط في ٢٥٪ من حالات المجموعة الضابطة. وفي بحثه لسبب المرض وجد أنه يتمثل في وجود استعداد أو عامل مهيء لدى الشخص نفسه، ويتمثل أيضاً في الاضطرابات المعدية المعوية وفي وجود ما يسمى «بالمكون العصابي النفسي المنشأ» الذي يقع في نموذج الشخصية أكثر من الظروف الخارجية ويتضح هذا العامل في: التوتر والخوف والصدمات والمتاعب العائلية (١٦ : : ٧١٢).

وتقول الدكتورة فلاندرز دنبار Dunbar في دراستها لحالة امرأة كانت تعاني من آلام جلدية كل صباح ولمدة عشر سنوات، أن أخاها كان يزورها كل يوم لأنها لم تكن قادرة على أن تكون وحيدة مع زوجها. وتقول دنبار إن الصورة السيكلوجية لمرضى الجلد تتمثل في وجود صراع انفعالي عميق بين الرغبة في الحب وبين الخوف من الأذى. فنجد كما لو كانوا يقولون «المسنى وريحني» لكن لا تلمسني ثانية. وإلى جانب وجود الصراع فإن مريض الجلد يكون غير قادر على اكتساب علاقات قوية ومستمرة حتى ولو كان محاطاً بأقارب ومعارف، كما أنه يكون قد أوذي في طفولته، وفي نفس الوقت يظهر افتقادهم القوي للحب (٨ : ٣).

الفصل الثامن والعشرون

أهداف الدراسة ونتائجها

الهدف: تهدف الدراسة الحالية إلى مقارنة كل من الروح المعنوية والنواحي العصبية والسيكوسوماتية بين مرضى الجلد والأسوياء مفترضين بذلك وجود فرق في المتوسط بين المرضى والأسوياء على جوانب الروح المعنوية كالمكانة، والتقدير.، والتوحد، وعلى بعض الجوانب العصبية والسيكوسوماتية كالاكتئاب، والقلق، والفزع، وأعراض التنفس والدورة الدموية. كما تهدف هذه الدراسة أيضاً إلى استخلاص الجوانب الإرشادية والتربوية التي تفيد الأباء والإمهات في تنشئتهم لأطفالهم لتجنيبهم الوقوع في التوترات الانفعالية والصراعات التي ترتبط بهذه الأمراض الجلدية والكشف عنها قبل أن تستفحل. ونقصد هنا بالجوانب التربوية والإرشادية ما ينبغي أن تكون عليه تنشئة الطفل تنشئة سليمة تشمل جوانب شخصيته المختلفة بحيث تجنبه هذه التنشئة وما تتضمنه من اكتساب لاتجاهات ولطرق تدرب على النظافة تجنبه الإصابة بهذه الأمراض، وهذا يتعلق بالمقصود بالجانب التربوي. أما الجانب الإرشادي فيتعلق بالكشف عن حالات المخاوف والقلق لدى الأطفال في وقت مبكر باستخدام الاختبارات التي تساعد على ذلك، كما يقصد بهذا الجانب توجيه الآباء عن انفعالاتهم وصراعاتهم. وقد يتطلب ذلك عمل جلسات إرشادية للأباء أنفسهم وفي الحقيقة فإننا نرى أن العملية الإرشادية والعملية التربوية عمليتان متفاعلتان ومتداخلتان.

العينة وخصائصها: ولقد تكونت عينة هذه الدراسة من مجموعة صغيرة small group من مرضى الجلد عددها حالتين (٣: ١٥١) وهم الذين

شكلوا فئة مرضى الجلد في الدراسة السابق الإشارة لها وكان الأسوياء متماثلين مع مجموعة المرضى في جميع النواحي كالتعليم والمهنة والعدد. وقد اعتمد الأطباء في تشخيصهم لمرضى الجلد على الوقائع الآتية:

١ ـ وجود مرض جسمي خاص بعضو أو جزء من أجزاء الجسم تثبت الأشعات أو الاختبارات وجود إصابة تشريحية أو بنائية.

٢ ـ تردد المريض على الطبيب فترة طويلة بحيث أصبح مألوفاً له.

٣ ـ عدم نجاح العلاج الجسمي لعدم علاج المسببات ويظهر ذلك في كثرة تردد المريض وتناوله العديد من الأدوية وأنواع العلاج. وبعد تشخيص الأطباء لمرضى الجلد وفقاً للوائع السابقة تم تطبيق قائمة كورنل عليهم لأن من يحصل على درجة ٢٣ فما فوق على القائمة فإن ذلك يشير إلى أن لديه اضطرابات عصابية وسيكوسوماتية شديدة، ولقد حصل أفراد عينة هذه الدراسة على درجة أعلى من ذلك (انظر جدول رقم ٤) مما يشير إلى أن الاضطرابات لديهم يرجع لنواحي نفسية وليس عضوية.

٢ ـ ومفهومنا عن الجماعة الصغيرة في هذه الدراسة يتفق مع ما أورده كرتش وكرتشفيلد، وبراون، وسيشور من أن عددها يتراوح بين ٢ كحد أدنى، ١٠، أو ٢٠ كحد أعلى (١٨ : ٣٧٧) ويبين الجدول الآتي رقم (١) خصائص عينة مرضى الجلد والأسوياء.

الخصائص	مرضي الجلـد		الأســوياء	
	م	ع	م	ع
(١) العمـر	٤٢,٧٥	١,٧٦	٥٠,٥	١٠,٦
(٢) الأجـر	١٨,٣٩	٣,٦٩	٢١,٢٤	١,٠٤
(٣) الخبرة	١٣	صفـر	١٦	٢,٨٢

جـــدول رقم (١) عن بعض خصائص عينة الدراسة

وواضح من البيانات الموجودة في جدول (١) إن هناك تماثلاً كبيراً بين أفراد المجموعتين من المرضى والأسوياء، بالنسبة للعمر والأجر والخبرة، وإن كان متوسط درجات الأسوياء أعلى من متوسط درجات المرضى.

أدوات الدراسة: ولقد استخدم في هذه الدراسة مقياس الروح المعنوية والذي يقيس جوانب مثل التعاون والود بين العاملين والتوحد مع الشركة والأمن في العمل. الخ.

ولقد طبق المقياس في دراسات محلية كثيرة (١ : ٢٠) وأجريت عليه معالجات إحصاية متعددة تبين من خلالها أنه عالي الثبات والصدق. كذلك استخدمت قائمة كورنل للتشخيص السيكاتري والسيكوسوماتي والتي تقيس نواحي مثل العصبية والقلق والفزع والأعراض السيكوسوماتية والحساسية والشك. ولقد أجرى الكثير من الدراسات حول هذه القائمة فوجد أن مقاييسها الفرعية عالية الثبات والصدق (٣ : ١٥٠) كذلك قمنا بجمع بعض البيانات الخاصة بمحكات العمل مثل الجزاءات والأداء في العمل لكل من المجموعتين من واقع ملفات خدمتهم وخبرتهم.

النتائج النهائية: وبالنسبة للنتائج النهائية لهذه الدراسة فقد اعتمد في إجراء المعالجات عليها على حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات كل من المجموعتين على المحكات الخاصة بالعمل والروح المعنوية وقائمة كورنل وحساب قيمة اختبار «ت» لمعرفة دلالة الفرق. وفيما يلي هذه النتائج:

١ ـ **نتائج محكات العمل**: ويبين الجدول الآتي رقم (٢) دلالة الفرق بين مرضى الجلد والأسوياء على محكات العمل.

رقم	المحكات	مرضى الجلد		الأسوياء		قيمة	الدلالة
		م	ع	م	ع	« ت »	
١	الجـــزاءات	٠,٥	٠,٧	٤,٥	٢,١٢	٠,٨٠	غير دال
٢	الأجازات المرضيـة	٣٥,٥	٤٥,٧١	١,٥٠	٢,١٢	٠,٨٩	غير دال
٣	مرات التردد على العيادة	١٢,٥	٤,٩٤	١٢	صفـر	٠,١١	غير دال
٤	الأداء في العمـل	٦٧,٥	١,٦	٨٠	٧,٠٧	٠,٩٨	غير دال

(جـدول رقم (٢) عن دلالة الفرق بين المرضى والأسوياء على محكات العمل)

ويتضح من الجدول رقم (٢) أنه على الرغم من عدم وجود فرق له دلالة إحصائية بين مرضى الجلد والأسوياء على جميع المحكات إلا أن متوسط الإجازات المرضية، ومرات التردد على العيادة الطبية لدى مرضى الجلد أعلى مما هي عند الأسوياء. كما أن متوسط أداء الأسوياء في العمل أعلى من متوسط أداء مرضى الجلد ويشير ذلك إلى أن أداء المرضى أقل لافتقارهم للدافع القوي للعمل نتيجة مرضهم. أما زيادة متوسط الأسوياء على الجزاءات عن متوسط المرضى فيرجع ألى أن المرضى يأخذون إجازات مرضية كثيرة، فلا يتعرضون كالأسوياء لأخطاء تقع منهم في العمل فيجازون بتوقيع العقوبات عليهم لوقوعهم في هذه الأخطاء.

٢ ـ **نتائج مقياس الروح المعنوية**: يبين الجدول رقم (٣) متوسط الدرجات بالنسبة للمرضى والأسوياء على متغيرات الروح المعنوية المختلفة. ولقد رأينا عدم حساب قيمة اختبار «ت» رغماً من اعترافنا بأهميته حتى لا تفقد المتوسطات الحسابية قيمتها لأن عدد أفراد العينة صغير.

رقم	المتغيرات	مرضى الجلد		الأسوياء	
		م	ع	م	ع
١	قدرة الإشراف على تنظيم العمل وتوفير متطلباته	٤,٢٥	١,٦	٥	صفر
٢	مزايا العاملين	٣,٥٠	٠,٣٠	٣	١,٤١
٣	الود والتعاون بين العاملين	٥,٥	٠,٧٠	٨	٣,٥٧
٤	علاقة العمال بالمشرف	٦	١,٤١	٦	١,٤١
٥	كفاءة الإدارة	٥	١,٤١	٥,٥	٠,٧
٦	المكانة والتقدير	٤	صفر	٣,٥	٠,٧
٧	الأمنة في العمل	٦	١,٤١	٧	٠,٧
٨	التوحد مع الشركة	٦	صفر	٧	صفر
٩	أعراض الروح المعنوية	٤,٥	٠,٧٠	٦,٥	٠,٧٠
١٠	الدرجة الكلية	٤٤,٧٥	١,٦	٥١	١,٤١

(جدول رقم (٣) عن متوسطات درجات المجموعتين على الروح المعنوية)

ويتضح من الجدول رقم (٣) أن متوسط درجات الأسوياء أعلى من متوسط درجات المرضى على المتغيرات الآتية:

قدرة الإشراف على تنظيم العمل، الود والتعاون بين العاملين، كفاءة الإدارة، الأمنة في العمل، التوحد مع الشركة، أعراض الروح المعنوية. أما متوسط درجات المرضى فكانت أعلى على متغيرين فقط هما: مزايا العاملين والمكانة والتقدير ويبدو أن ارتفاع الدرجة اليهما يرجع إلى ما يحصلون عليه من عطف زملائهم والإدارة بسبب المرض.

نتائج قائمة كورنل: وبالنسبة للنتائج الخاصة بقائمة كورنل للتشخيص

السيكاتري والسيكوسوماتي يبين الجدول رقم (٤) النتائج المتعلقة بها بالنسبة لمتوسط الدرجات وانحرافاتها المعيارية لدى المجموعتين من المرضى والأسوياء. ولقد اكتفينا هنا أيضاً بعرض المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية فقط لنفس السبب ذكره في نتائج الروح المعنوية.

رقم	جوانب القائمة	مرضى الجلد		الأسوياء	
		م	ع	م	ع
١	الخوف وعدم الكفاية	٤,٥	٠,٧	٢	صفر
٢	الاكتئاب	٢,٥	٣,٥٣	صفر	صفر
٣	عصبية وقلق	٣	صفر	صفر	صفر
٤	أعراض التنفس والدورة الدموية	٠,٥	٠,٧٠	صفر	صفر
٥	الفـزع	١	صفر	صفر	صفر
٦	الأعراض السيكوسوماتية	٢,٥	٢,١٢	صفر	صفر
٧	الخوف على الصحة	٢,٥	٢,١٢	صفر	صفر
٨	أعراض الجهاز المعدى معوى	٢	١,٤١	١	صفر
٩	الحساسية والشك	٦,٥	٠,٧٠	٢,٥	٠,٧
١٠	السلوك السيكوباتى	٣	صفر	١,٥	٠,٧
١١	المجموع الكلـى	٢٨,٥	٧,٧٧	٧	١,٤١

(جدول رقم (٤) متوسطات الدرجات والأسوياء على قائمة كورنل)

ويتضح من الجدول رقم (٤) أن متوسط درجات المرضى على جميع جوانب قائمة كورنل أعلى من متوسط درجات الأسوياء والأمر كذلك

بالنسبة للدرجة الكلية للقائمة. وتجدر الإشارة هنا إلى وجود ستة مقاييس كان متوسط درجات الأسوياء عليها منعدماً أي أن إجابات الأسوياء على جميع أسئلتها كانت بالنفي أي لا تنطبق عليهم الأعراض المقاسة في هذه الأسئلة في حين أنها تنطبق على المرضى وتقيس هذه الأسئلة العصبية والقلق والفزع والخوف. وهذا وإن كنا قد أجرينا لها معالجات إحصائية مع وضوح عدم الضرورة لذلك للسبب السابق ذكره وكانت نتيجة المعالجات عدم وجود فرق دال (إلا بالنسبة لمقياس الحساسية والشك فقد كان دالًا) فإنه يمكن اعتبار مرضى الجلد مكتئبين وعصبيين وقلقين ويخافون على صحتهم وتزداد لديهم الأعراض السيكوسوماتية وأعراض التنفس والدورة الدموية.. ولم نجد أن هناك حاجة وضرورة لعرض نتائج الدلالة الإحصائية لصغر حجم العينة كما أسلفنا الذكر.

المناقشة:

١ ـ وجدنا في العرض السابق للعوامل النفسية المرتبطة بأمراض الجلد في الدراسات الأجنبية أن الدلالة السيكودينامية والعوامل الكامنة هي الميول العدوانية الشديد والرغبات اللاشعورية في التطلع والاستعراض مع وجود مشاعر الذنب والخجل ويؤدي ذلك الأخير أي الخجل إلى اضطراب في الذات ينعكس في صورة مرض جلدي (٧ : ١٣٥).

٢ ـ أما بالنسبة للدراسة الحالية التي أجريناها وفي حدود هذه العينة الصغيرة فإننا نجد أن المرضى أعلى في المتوسط في الإجازات المرضية ومرات التردد على العيادة الطبية، لكن الأسوياء أعلى من حيث الجزاءات ومن حيث الأداء في العمل، وهذه نتيجة متوقعة لأن المرضى يحضرون ويواظبون على عملهم بدرجة أقل من الأسوياء ويكون أداؤهم للعمل تبعاً لذلك أقل. كما أن أخطاءهم تكون أقل من أخطاء الأسوياء والذين توقع عليهم جزاءات أكبر مما يوقع على المرضى نتيجة تعرضهم لفترة أطول من المرض لظروف العمل الفيزيقية والنفسية والإدارية.

٣ ـ كذلك الأمر بالنسبة لمتغيرات مقياس الروح المعنوية إذ نجد أن الأسوياء أعلى من حيث المتوسط عن المرضى في المتغيرات الآتية:

(أ) قدرة الإشراف على تنظيم العمل وتوفير متطلباته.
(ب) الود والتعاون بين العاملين.
(جـ) كفاءة الإدارة.
(د) الأمن في العمل.
(هـ) التوحد مع الشركة.
(و) أعراض الروح المعنوية.
(ز) الدرجة الكلية.

ويشير ذلك إلى أن مرضى الجلد أقل شعوراً بالأمن وأقل توحداً بالعمل من الأسوياء، كما أن علاقاتهم وقدرتهم على التعاون أقل من الأسوياء.

٤ ـ يتضح من النتائج على قائمة كورنل في جميع المقاييس زيادة متوسط درجات مرضى الجلد على متوسط درجات الأسوياء. ويشير ذلك إلى أن مرضى الجلد تنتابهم الأعراض والشكاوي الجسمية ذات المنشأ النفسي كأعراض الجهاز المعدي معوي وآلام الظهر والحكة وأعراض التنفس والدورة الدموية كما تنتابهم المخاوف وحالات الفزع والأوجاع الاكتئابية.

٥ ـ يوجد فرق دال عند ٠,٠٥ بين مرضى الجلد والأسوياء على مقايس الحساسية والشك وتشير درجة مرضى الجلد إلى زيادة الشك عندهم عما هي لدى الأسوياء فهم يغضبون دائماً ويجدون أنفسهم في حاجة باستمرار للاحتراس من أقرب الناس إليهم وتتفق هذه النتيجة مع ما سبق أن أشرنا إليه في علاقة مراحل النمو النفسي بأمراض الجلد وبخاصة في المرحلة الشرجية.

٦ ـ تتفق النتائج المشار إليها في (٥) مع ما وجده كلودر Klauder

من أن نسبة كبيرة من مرضى الحكة يعانون من عصاب نفسي، ومع ما وجده فريمان Freeman من أن مرضى الحساسية الجلدية مكتئبون ومنعزلون. كذلك تتفق نتائجنا مع ما وصل إليه ستوكز Stokes من وجود اضطرابات معدية معوية لدى مرضى الارتكاريا كما وجد لديهم أيضاً الخوف والتوتر.

٧ ـ كذلك تتفق نتائج قياس الروح المعنوية مع نتائج الدراسات الأجنبية فالحاجة للحب (دنبار) تماثل الحاجة إلى الأمن في الدراسة الحالية والتقدير الذاتي (هاريس).

الجوانب الإرشادية والتربوية للدراسة: التربية هي عملية تفاعل بين الفرد وبيئته الاجتماعية. وترمي التربية إلى توسيع خبرات الطفل ومساعدته دائماً على توسيع آفاقه الاجتماعية والخلقية والعقلية والمادية من الأسرة إلى المدرسة إلى المجتمع. وبهذا فإن عملية التربية تبدأ منذ ميلاد الطفل فتأخذ الأسرة على عاتقها الاهتمام به والعناية بتنشئته وإشباع مطالب النمو الأساسية لديه. وانطلاقاً من إيماننا بأن الإنسان وحدة بيولوجية نفسية اجتماعية Biopsychosocial Unit، وأن الذي لا جدال فيه أيضاً أن مجموعة الخصائص الجسمية والفسيولوجية لها أثرها الفعال في صحة النفس واضطرابها، الأمر الذي يوجب الكشف المبكر عن هذا الاضطراب، وعمل الإجراءات الكفيلة بتجنيب الأفراد وآثاره بإرشادهم وتوجيههم، فإننا نستخلص الجوانب التالية من الدراسة السابقة فيما يفيد في هذا الشأن في تربية وإرشاد الطفل والراشد:

١ ـ أن مصدر غالبية الأمراض الجلدية يرجع إلى اعتراض رغبات الأطفال وإلى إحباط حاجاتهم، ويرجع إلى الإحساسات المؤلمة الصادرة من الأم نحوهم وإلى كتم الانفعال وإلى حرمان الطفل من الاتصال الجلدي بأمه.

٢ ـ وتبعاً للنقطة السابقة فإنه يجب إشعار الطفل بالأمن وعدم الخوف

من وجوده في وسط اجتماعي يحس فيه بذلك. وترى أنا فرويد أن حجر الزاوية في هذا الوسط هو الأم، إذ وجدت أنه في أثناء غارات الألمان على مدينة لندن في الحرب العالمية الثانية أن الأطفال الذين يعيشون مع أمهاتهم يستمرون في اللعب أثناء الغارات في حين أن الأطفال الذين تم ترحيلهم إلى الريف بعيداً عن أمهاتهم كانوا أكثر قلقاً لفقدهم حب أمهاتهم. ولا يغيب عنا ما أوردته الدراسة التي أجريناها من علاقة القلق وعدم الود بأمراض الجلد. ويعتبر أساس شعور الطفل بالأمن إحساسه بأنه محبوب ومقبول ومستقر وأنه جزء من جماعة يتعاون أفرادها ويتساندون.

كما أنه بالإضافة إلى ذلك يجب عدم الإفراط في الاهتمام بالطفل وحمايته. وتتمثل صور الحماية والاهتمام بالطفل في إجباره على ارتداء ملابس معينة أو ملابس ثقيلة لا يرغبها فيؤدي هذا الإجبار وعدم الرغبة إلى التعبير عنهما في شكل اضطراب جلدي.

٣ ـ ويدخل في نطاق النقطة السابقة أنه لا يجب على الآباء والأمهات فرض نظام صارم بالنسبة للنظافة والقواعد الصحية. فالمغالاة في النظافة يؤدي إلى شعور الطفل وإحساسه بالتعاسة، وتتكون لديه ميول وسواسية قوية ترتبط بالهرش بصورة خاصة.

٤ ـ ولا يجب أن تنتهي رعاية الإنسان وإشعاره بآدميته عند مرحلة الطفولة، بل يجب أن تستمر بعد ذلك، فإذا شب وبدأ يتحمل مسؤوليته الاجتماعية ويقوم بدوره الوظيفي في الحياة، فيجب أن يتحقق له من خلال المؤسسة التي يعمل بها الشعور بالأمن والاستقرار والرضا والإشباع. لأن إعاقة إشباع الرغبة كما سبق أن اتضح لنا من الدراسة تنعكس على الجلد في صورة مرض الحكة والهرش. أما إشباع رغبة الفرد من خلال عمله فإنها تزيل عنه مشاعر الخوف فيؤدي عمله بروح معنوية عالية.

٥ ـ ونظراً للدور الكبير الذي تبين لنا وتلعبه الانفعالات في الأمراض الجلدية فإنه يجب تعليم الطفل كيف يدرب انفعالاته ليتسامى بها إلى

الاتجاه السوي. وطرق التدريب لانفعالات الطفل يمكن أن تكون بتعويده على قبول المعايير الاجتماعية السائدة ومساعدته على فهم المواقف الانفعالية فهماً صحيحاً وتهيئته لأن يكون أسلوب النقاش هو القاعدة التي يتخذها لتحقيق رغباته حتى لا يلجأ إلى كبتها (٥: ٣٥).

٦ ـ أن تحتاط الأم حتى لا تتعرض أثناء العمل لأي مرض جسمي أو لأي مثيرات انفعالية كالغضب والقلق والخوف، لأن ذلك يؤثر على نمو الجنين وعلى كافة أعضاء جسمه وحواسه. ويتضح هذا لأمر بصورة جلية عندما تصاب الحامل بالحصبة الألمانية فإن الطفل يولد مشوه الخلقة.

٧ ـ يجب أن تتاح الفرصة باستمرارا أمام الطفل لكي يعبر عن ذاته ويفصح عن جوانب شخصيته المختلفة، وأن يؤكد ذاته بتحقيق ما لديه من إمكانيات، وأن يبدي ما لديه من آراء لأن عجز الفرد عن تحقيق ذاته يشعره بالنقص والدونية وخيبة الأمل، مما يؤثر في الذات فيصبح إدراكه لها مشوهاً كما سبق أن بينا في صدر هذه الدراسة فتنعكس هذه الصورة على الجلد.

٨ ـ تدريب الأمهات والأباء أمر ضروري في برامج تعد وتدور حول «التنشئة الاجتماعية»، وحول «الصحة النفسية» على الأسس السليمة للتربية والتي تتضمن تعليمهم تحرير أطفالهم من الخوف وإكسابهم الاتجاهات النفسية والاجتماعية السوية.. ويجب أن تعني هذه البرامج بعرض كافة السبل ووسائل الإيضاح المختلفة التي تساعد الأمهات وتعينهن على معرفة أن العناية بالجسم فيه سلامة للعقل وأن توجيه الطفل وإرشاده وفهمه لنفسه فيه سلامة للجسم.

٩ ـ ومما يشير إلى أهمية الإرشاد النفسي في خفض المخاوف ما أجراه تيرنس وكلاورك (١٩٧٩) Terence & Clork من دراسة حول ذلك وجد فيها أن إعطاء صورة مصغرة قصيرة الزمن من الإرشاد للمرضى الذين لديهم درجة عالية من القلق والمخاوف، قد أدت إلى خفض كمية القلق لديهم بمقارنتهم بآخرين لم يعط لهم نفس صورة الإرشاد هذه وذلك لأن

الإرشاد يعطي المريض المزيد من الدعم (١٥: ١٩١). ويقول إيزنك (١٩٧٩) Eysench, H. J., في هذا الصدد أن المخاوف التي أشرنا لارتباطها بأمراض الجلد هي عبارة عن مشاكل انفعالية يجب تناولها بنجاح لإبطال تأثيرها ويذهب إلى أن خبرته العلاجية في هذا الشأن يصل نجاحها لنسبة ١٠٠ ٪ بعد عدة جلسات قليلة، ويضيف إلى ذلك أن الوقاية خير من العلاج. وذلك باكتشاف متاعب الطفل قبل أن يقع في الواقعة وتحدث له المخاوف باستخدام الاختبارات النفسية والتي يتم تطبيقها على جميع تلاميذ الفصل (٩ : ٣). ويمكن للمرشد النفسي أن يستفيد في هذا المجال بمقياس التقدير الذاتي للتوافق السلوكي بالمدرسة والذي أعده يونجمان (١٩٧٩) Youngman M.B.I، والذي يتكون من ٣٤ فقرة ويركز على علاقة المدرس بالتلميذ لأنها مصدر الأمن والدعم وعدم الخوف ويهتم هذا الاختبار بدراسة التلاميذ بين سن ٩ ـ ١٣ عاماً وفي الآونة الأخيرة استخدم الاختبار لدراسة علاقة التوافق المدرسي بالتوافق الأسري (١٩: ٢٨٥). كما أن كندال (١٩٧٩) Kendall P. وآخرين قاموا بتطوير وعمل مقياس يقيس ضبط الذات والقدرة على التحكم عند الطفل، حيث وجد أن هذا المقياس من الممكن أن يلقى الضوء على شبكة العلاقات المرتبطة بذلك والتغير الذي يحدث في ضبط الذات تبعاً لفئات العمر المختلفة (١٣: ١٠٢٠).

١٠ ـ البيت والمدرسة أساسان قويان في التنشئة فإذا بثا في النشء الأسس الصحية السليمة من الناحيتين النفسية والجسمية تم لهذا النشء التوافق نفسياً واجتماعياً والخلو من الأعراض المرضية النفسية والجسمية أيضاً. وفي هذا الصدد نجد أن شتى الدراسات تركز على أهمية البيت والمدرسة في هذا الشأن. فدراسة هولرويد Holroyd J. وزميله (١٩٧٩) عن الضغوط الأسرية والمرض العصبي عند الأطفال تؤكد أن الاتجاهات المعاصرة في الطب الأسري Family Medicine وفي الطب النفسي ترى ضرورة أن يكون التشخيص والعلاج للأسرة كوحدة. إذ بينت البحوث أن عائلات الأطفال المرضى وبخاصة الأمهات تعاني من الأعباء الكبيرة

المترتبة على مرض الأطفال، لكنها تشير إلى أن الصعوبة في علاج الأسرة كوحدة تتمثل في إمكانية تحليل شبكة العلاقات والنظام في داخلها. ويذهب الباحثان إلى أن أسلوب الملاحظة لا يفضل للكشف عن شبكة العلاقات الأسرية المرتبطة بالمرض، بل يذهبان إلى أن استبيان «الموارد والضغوط» Q.R.S. مفيد في تحديد أنماط الضغوط الأسرية المرتبطة بالعديد من الاضطرابات النفسية (١٢ : ٧٣٤)، أما بالنسبة للمدرسة ودورها في هذا الصدد فيذهب جراف جنار Graff Gunnar (١٩٧٩) إلى أن الجو المدرسي يجب أن يحقق للتلميذ حرية التعبير، وهو يتفق في هذا الرأي مع الأخصائيين النفسيين التربويين الذين يرون أن إقامة علاقة طيبة بين التلميذ ومدرسيه تتميز بالصدق والثقة والديمقراطية يشجع الفرد على إبداء رأيه (١١ : ٣٧٧).

* * *

المراجع

١ ـ السيد خيري ـ قياس وتشخيص الروح المعنوية في الصناعة ـ المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ١٩٧٢ م.

٢ ـ فؤاد البهي السيد ـ الأسس النفسية للنمو ـ دار الفكر العربي ـ ١٩٧٥ ـ صفحة ٩١.

٣ ـ محمود السيد أبو النيل ـ علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة رسالة دكتوراه غير منشورة بآداب عين شمس ١٩٧٢ م.

٤ ـ محمود أبو النيل ـ النمو النفسي معناه وخصائصه والعوامل المؤثرة فيه ـ محاضرة ألقيت في برنامج التأهيل التربوي للمعلمين بدولة الإمارات ـ العين ـ ١٩٨٠ م.

٥ ـ مصطفى فهمي ـ سيكلوجية الطفولة والمراهقة ـ مكتبة مصر ـ ١٩٧٩ ـ صفحة ٣٥.

٦ ـ مصطفى فهمي ـ الصحة النفسية دراسات في سيكلوجية التكيف ـ مكتبة الخانجي ـ القاهرة ١٩٧٦.

٧ ـ والترج كوفيل وزملاؤه ـ تأليف ـ محمود الزيادي ـ ترجمة ـ علم نفس الشواذ ـ دار النهضة العربية ـ القاهرة ـ ٦٧/١٩٦٨ ص : ١٣٥.

8 - Dunbar flanders, Mind and Body: Psychosomatic Medicine Random Houses, New York, 1955. p.3.

9 - Eysenck, H.J., Psychology and the problem Child, School Psychology International Vol. 1, No. 1., 1979, p.3. (Published by: School Psychology publishing Co. Typest by oxford

Publishing services and printed in Great Britain by Ambas College press) -
10 - Freeman F. Some psychiatric Aspects in dermatology disease, In Psychological Abstracts, N. 2.v. 42,1968 M. 4 305.
11 - Groff Gunnar , & others, Democracy and Environmental working School, School Psychology International Vol. 1, No.2., 1979, p. 29.
12 - Holroyd Jean & Guthrie Donald, Stress in Families of Children with neumorous Disease, Journal of Clinical Pschology Vol. 35, No.4, 1979, p. 734, 738.
13 - Kendall philip C. & wilcox Lance E., Self Control in Children Development of Rating Scale, Journal of Consulting and Clinical and Psychology, Vol, 47, No,6,1979, p. 1020.
14 - Musaph, herman; Psychodynamic in Itching states, From: Karl Meninger, Apsychiatrists world, The Colected papers of, New York, The viking press, Hills P. 336.
15 - Terence A. Bunn & Alex M. Clarke, Crisis intervention: An Experimental Study of the effects of a brief period of counselling on the anxiety of relative of seriously injured or ill hospital patients, British journal of Medical Psychology vol. 52, Part 2, 1969, p. 191-195.
16 - Weiss & English O.S. Psychosomatic Medicine, The clinical Application of psychology to general Medical problems, Second Edition, W.S. sounders camp, p. 704-707 & 712.
17 - Youngman M.B., Assessing, Behviroral Adjustment To School, The British Journal of Educational Psychology, Vol. 49, part 3, 1979, p. 258.
18 - Proshansky & Seidenberg, Basic studies in Social Psychology, Holt rinehart, London, 1970, p. 377.

الباب العاشر

الدراسة الرابعة

العوامل الانفعالية والسيكوسوماتية المتعلقة بالتوافق المهني للعمال غير المنتجين في الصناعة (*)

الفصل التاسع والعشرون: **المقدمة والهدف والفروض والعينة والأدوات.**
الفصل الثلاثون : **نتائج الدراسة تفسيرها ومناقشتها.**

(*) بحث للمؤلف نُشر بالمجلة الاجتماعية القومية ـ المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ـ العدد الأول ـ ١٩٧٤.

الفصل التاسع والعشرون

المقدّمة والهدف والفروض والعينة والأدوات

١ - المقدمة: تعتبر هذه الدراسة امتداداً لأعمال ودراسات متعددة في مجال التوافق المهني. فقد سبقها عدة دراسات أجنبية وقومية من أهمها الدراسة التي قام بها لويس Lewis, J., A حيث وجد أن الهوس الخفيف والهستيريا قد تكون من الخصائص التي تسهم في النجاح وفي الشعور بالرضا بين المشتغلين بإقناع الناس بضرورة التأمين على حياتهم وبيع بوالص التأمين لهم. كما وجد في نفس البحث إن الإخصائيات الاجتماعيات قد حصلن على درجة عالية (دالة إحصائية) على مقاييس الذكورة وتوهم المرض والسيكا ثينيا، كذلك فإن الأفراد الذين كان ميلهم نحو عملهم في كل من الفئتين ضعيفاً (طبقاً لاختبار كودر) قد اتسموا بالتوافق اللاسوى. كما ظهر في الأبحاث التي قام بها تورانس وليفي وسوبر Torrance, Levey, Super في سلاح الطيران الأمريكي أن بعض سمات الشخصية ارتبطت بمدى النجاح في التدريب على المحافظة على الحياة والقتال الجوي إذ وجدوا أن الممتازين كانوا أكثر استقلالاً من غيرهم من الناحية الانفعالية وأكثر رغبة في الدراسة. كذلك أكدت الأبحاث الأولى أن الرضا عن العمل يرتبط ارتباطاً سلبياً مع العصابية وقد ظهر في أبحاث هيرون Heron على سائقي السيارات والعمال شبه المهرة في المصانع[١].

وفي بحث فرج طه عن «العامل المشكل في الصناعة» اتضح نقص الجانب العصابي في البناء النفسي في مجموعة المشكلين في مقارنتها بالمجموعة الضابطة من غير المشكلين كذلك اتضح في هذه الدراسة الجانب الهستيري

في جميع حالات المجموعة الضابطة بينما وضح في ست حالات من مجموعة المشكلين، أما الامتثال والمسايرة لممثلي السلطة وقيمها فقد ظهر في حالات المجموعة الضابطة بينما لم يتضح في أي من حالات مجموعة المشكلين. ولقد استخدم الباحث في دراسته التي ظهرت من خلالها تلك النتائج اختبارين إسقاطيين هما اختبار اليد واختبار تفهم الموضوع(٢ :٢٢).

٢ ـ **أهداف الدراسة**: تهدف هذه الدراسة بوجه خاص إلى التعرف على النواحي الانفعالية والسيكوسوماتية (كأحد عوامل التوافق المهني التي تقاس بقائمة كورنل) التي تميز مجموعة العمال غير المنتجين عن العمال المنتجين من ناحية، ومن ناحية أخرى تهدف هذه الدراسة كما يشير لذلك عنوانها إلى التوصل للعامل الانفعالي والسيكوسوماتي الذي تتميز به درات كل من مجموعة العمال المنتجني والعمال غير المنتجين وذلك من خلال التحليل العاملي لارتباطات ودرجات المجموعتين. ويرجع اهتمامنا للكشف عن العوامل الانفعالية والسيكوسوماتية إهمال البحوث السابقة لها خاصة النواحي السيكوسوماتي.

٣ ـ **الفرض**: هناك فرق له دلالة إحصائية بين مجموعتي العمال المنتجين، وغير المنتجين في النواحي الانفعالية والسيكوسوماتية.

٤ ـ **خطة الدراسة**: سارت خطة الدراسة وفق الخطوات الآتية:

(أ) اختيار مجموعتين من العمال المنتجين وغير المنتجين بناءً على رأي المشرف عليهم، وبناءً على تحديددقيق لمفهوم العامل المنتج والعامل غير المنتج وتحديد للمحكات التي يبنى عليها المشرف رأيه.

(ب) فحص ملفات المجموعتين التي تم اختيار المشرفين لهما، واستخراج المحكات المختلفة المتعلقة بالجزاءات والغياب والتمارض.. الخ في مدة السنتين السابقتين لإعداد هذه لدراسة (من يناير ١٩٧٠ حتى نهاية ديسمبر ١٩٧١).

(جـ) اختيار أداة لقياس العوامل الإنفعالية والسيكوسوماتية كالاكتئاب

والعصبية والقلق وأعراض التنفس والدورة الدموية والأعراض المعدية معوية والحساسية والشك والسلوك السيكوباتي. ولقد اختيرت قائمة كورنل والتي سبق للباحث إجراء دراسة عليها تتعلق بفهم العمال الصناعيين لألفاظها وإجراء ثبات وصدق لها لتطبيقها على أفراد المجموعتين بعد التأكد من ثباتها عليهم.

(د) إجراء التحليلات الإحصائية على محكات المجموعتين باستخدام اختبار «ت» لمعرفة ما إذا كانت المحكات تميز بين المجموعتين من عدمه وبالتالي التأكد من صدق ودقة اختيار المشرفين للمجموعتين.

(هـ) إجراء التحليلات الإحصائية على درجات المجموعتين باستخدام نفس الوسيلة الإحصائية السابق ذكرها في الخطوة السابقة وذلك لمعرفة أي النواحي الانفعالية والسيكوسوماتية على القائمة التي تميز بين المجموعتين.

(و) إجراء التحليل العاملي لارتباطات درجات كل من المجموعتين على النواحي الانفعالية والسيكوسوماتية التي تميز بينهما.

٥ ـ **العينة**: اختيرت عينة هذه الدراسة من «مصنع الأجزاء» بشركة النصر لصناعة السيارات ويضم هذا المصنع ثلاث أقسام هي: قسم المخارط العامة، وقم المثاقيب، وقسم الخطوط. وقد طلب من رئيس القسم في كل قسم من هذه الأقسام الثلاثة أن يحدد العمال العشرة الذين يمثلون أعلى كفاية إنتاجية في القسم، وأن يحدد العمال العشرة الذين يحتلون أدنى حد من الكفاية الإنتاجية. وقد حدد لرئيس القسم المقصود بالعامل المنتج لكي يستطيع من خلال ذلك تحديد العمال المنتجين والعمال غير المنتجين وقد راعينا في وضع ذلك التعريف البساط، وأن يشتمل على ضوابط ومحكات قريبة من بيئة العمل والعمال وفيما يلي ذلك التعريف:
«العامل المنتج هو العامل الذي ينفذ تعليمات العمل ويحافظ على آلاته وأدواته، ويقوم بإنجاز المطلوب منه دون تأخير أو خطأ أو ادعاء للمرض أو غياب بدون إذن». أي أنه كان على كل رئيس قسم أن يحدد العامل المنتج

في ضوء المحكات الآتية والتي تقدمنا بها إليهم عند تحديدهم للعمال من الفئتين: -

١ ـ الأداء في العمل.
٢ ـ التمارض.
٣ ـ الغياب بدون إذن.
٤ ـ التأخير عن العمل.
٥ ـ ترك مكان العمل دون إذن.
٦ ـ عدم إنجاز العمل المطلوب.
٧ ـ مخالفة التعليمات.
٨ ـ الخطأ في العمل.
٩ ـ إساءة استخدام الآلة.

حيث يمثل العامل المنتج على الأداء في العمل أعلى أداء والعامل غير المنتج أدنى أداء. أما بالنسبة لباقي المحكات فالعامل غير المنتج يكون أعلى تمارضاً وغياباً وتأخيراً. . الخ، بينما العامل المنتج يكون أقل عليها جميعاً من العامل غير المنتج.

٦ ـ خصائص العينة: نورد فيما يلي الجداول الإحصائية التي قمنا بإعدادها بعد تحديد رؤساء الأقسام للعمال المنتجين وغير المنتجين في كل قسم من الأقسام الثلاثة والذين بلغ عددهم ثلاثون من العمال المنتجين وثلاثون من العمال الغير منتجين.

(أ) ويمثل لجدول رقم (١) المتوسط والانحراف المعياري ودرجة اختبار «ت» لك من العمر والخبرة والأجر لأفراد الفئتين من العمال المنتجين وغير المنتجين.

رقم	المتغيرات	المنتجين		غير المنتجين		ت	الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١	العمر	٢٥,٥٦	٤,٢٠	٢٥,٢٠	٣,٦	٠,٥	ليس له دلالة	فى صالح المنتجين
٢	الخبرة	٥١	٣٦	٤٩	٣٣	٠,٣٢	ليس له دلالة	فى صالح المنتجين
٣	الأجر	١٧,٤	٢,٢٢	١٥,٩	١,٩٢	٣,٩	٠,٠١	فى صالح المنتجين

جـــدول رقـم (١)

ويتضح من الجدول رقم (١) تماثل المجموعتين في كل من العمر والخبرة ووجود فرق دال بينهما بالنسبة للأجر وكان اتجاه الفرق في المتغيرات الثلاث السابقة في صالح العمال المنتجين.

(ب) ويبين الجدول رقم (٢) المستوى التعليمي لأفراد المجموعتين والفرق في النسب المئوية بينهما.

رقم	المتغيرات	المنتجيـن		غير المنتجين		كا٢	الدلالـة
		العـدد	٪	العـدد	٪		
١	دبـلوم تدريـب مهنى	٥	٦٣	٣	٣٧	٥,٤	له دلالة عند ٠,٠٥
٢	دبلوم ثانوى صناعى	٢٢	٥٥	١٨	٤٥	١,٠٠	ليس له دلالة
٣	الإبتدائية	١	٥٠	١	٥٠	صفـر	ليس له دلالة
٤	يقرأ ويكتب	٢	٢٩	٥	٧١	٩,٢٤	له دلالة عند ٠,٠١
٥	أمـى	—	—	١	١٠٠	١٠٠	له دلالة عند ٠,٠٠١
٦	المتغيران ١ ، ٢ معا	٢٧	٥٦	٢١	٤٤	١,٤٤	ليس له دلالة

جـدول رقـم (٢)

ويلاحظ في الجدول رقم (٢) وجود فرق بين المجموعتين له دلالة

إحصائية بالنسبة لمتغير مؤهل دبلوم التدريب المهني وذلك في صالح العمال المنتجين، ووجود فرق في متغير القراءة والكتابة له دلالة إحصائية وذلك في صالح العمال الغير منتجين، كذلك وجود فرق له دلالة إحصائية بالنسبة لمتغير الأمية في صالح غير المنتجين. ونظراً لتماثل دبلومي الثانوي الصناعي والتدريب المهني في المواد النظرية والعملية التي درسوها والمعاملة المادية والمعنوية في مجال العمل فقد اعتبر عددهما في كل مجموعة واحداً وتم إيجاد الفرق في عددهما في المجموعتين، وكما هو واضح في الجدول لم يكن هناك فرق دال إحصائياً في النسبتين.

(جـ) كما يمثل الجدول رقم (٣) النسبة المئوية والفرق في الحالة الاجتماعية للمجموعتين.

رقم	المتغيرات	المنتجين		غير المنتجين		كا٢	الدلالة
		العدد	٪	العدد	٪		
١	أعزب	٢٤	٥٧	١٨	٤٣	١,٩٦	ليس له دلالة
٢	متزوج	٦	٣٣	١٢	٦٧	١١,٤	له دلالة عند ٠,٠١

جدول رقم (٣)

ويتضح من الجدول رقم (٣) وجود فرق بين المجموعتين في العدد بالنسبة لمتغير متزوج وعدم وجود فرق بالنسبة لمتغير أعزب. هذا بينما نجد أن نسبة كل متغير من المتغيرين في كل مجموعة كما يلي: في مجموعة العمال المنتجين ٧٩٪ أعزب، ٢١٪ متزوج، في مجموعة العملا غير المنتجين ٤٠٪ أعزب، ٦٠٪ متزوج.

(د) أما بالنسبة للوظائف التي يشغلها أفراد المجموعتين فهي متماثلة وإن اختلفت في العدد ويرجع التماثل إلى أن الوظائف الثلاث والتي يشغلها

العمال في مجموعة المنتجين ومجموعة غير المنتجين هي: عامل توضيب وبراد، وخراط وجميعها يدخل في نطاق العائلة المهنية الميكانيكية.

وعلى الرغم مما نجده من فروق بين المجموعتين في بعض النواحي السابقة إلا أن ذلك راجع إلى أننا طلبنا من رؤساء الأقسام أن يحددوا العمال المنتجين والعمال غير المنتجين في كل قسم بناءاً على محكات تم تحديدها ووصفها لهم دون وضع أي اعتبار لتلك النواحي التي عرضناها في الجداول السابقة أ، ب، ج، وفي د.

٧ ـ **الفروق في المحكات بين المجموعتين**: ومما يشير إلى صدق اختيار رؤساء الأقسام لأفراد المجموعتين أن ما استخرجناه من عدد مرات التمارض والغياب والتأخير وترك العمل وعدم إنجاز العمل المطلوب وعدد مرات مخالفة التعليمات ومرات الخطأ في العمل وإساءة استخدام الآلة من ملفات العمال خلال عامين في المجموعتين وهو الذي يتضح في الجدول رقم (٤)، ويدل على إن المجموعتين تختلفان في معظم هذه المحكات مما يدل بدوره على انخفاض الإنتاجية لدى العمال غير المنتجين وارتفاع الإنتاجية لدى العمال المنتجين.

رقم	المحكات	المنتجين		غير المنتجين		قيمة « ت »	مستوى الدلالة	إتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١	الأداء فى العمل	٨٣.٨	٣.٠٠	٦٨,٠٠	٧,٨٠	١٤,٦	عند ٠,٠٠١	فى صالح المنتجين
٢	التمـارض	٠,٠٣	.٦٣	٠٠,٤٣	١,١٤	٢,٣٥	عند ٠,٠٥	فى صالح غير المنتجين
٣	الغياب بدون إذن	٠,٩٧	١.٧٠	٧,٢٠	٥,٦٠	٨,٢٠	عند ٠,٠٠١	فى صالح غير المنتجين
٤	التأخير فى العمل	١,١١	١.٤٠	١٣,٤٠	١٢,٨٠	٧,٣٠	عند ٠,٠٠١	فى صالح غير المنتجين

رقم	المحكات	المنتجين		غير المنتجين		قيمة « ت »	مستوى الدلالة	إتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
٥	ترك العمل بدون إذن	٠,١٧	٠,٣٢	١,٦٠	١,٢٨	٨,٤٠	عند ٠,٠٠١	فى صالح غير المنتجين
٦	عدم إنجاز العمل المطلوب	٠,٦٠	١,٦٠	١,٠٣	١,١٨	١,٨٠	ليس له دلالة	فى صالح غير المنتجين
٧	مخالفة التعليمات	صفـر	صفـر	٠,٢٦	٠,٧٦	٠,٣٤	ليس له دلالة	فى صالح غير المنتجين
٨	الخطأ فى العمل	٠,٠٧	٠,٣٦	٠,٧٣	١,٣١	٣,٨٠	عند ٠,٠٠١	فى صالح غير المنتجين
٩	إساءة استخدام الآلة	صفـر	صفـر	٠,٧٣	٢,٣٠	٣,٤٠	عند ٠,٠١	فى صالح غير المنتجين

جـــدول رقـم (٤)

ويتضح من الجدول رقم (٤) وجود فروق دالة في سبع محكات وعدم وجود فروق بين المجموعتين في محكات عدم إنجاز العمل المطلوب ومخالفة التعليمات.

٨ ـ **الأدوات**: استخدمت قائمة كورنل Cornell index لمعرفة النواحي الانفعالية والسيكوسوماتية لدى كل من العمال المنتجين وغير المنتجين. ولقد أوضحت الكثير من الأبحاث قيمة هذا الاختبار. وقد تركزت هذه القيمة المستخلصة من هذه الأبحاث في أن الطبيب في الأقسام الطبية يمكنه استخدام الاختبار لتحديد أي الموظفين يحتاج لإرشاد وتوعية

نتيجة لاضطرابه انفعالياً أو انخفاض روحه المعنوية المرتبطة بسوء التوافق. كما تكمن القيمة الأخرى لهذا الاختبار فيما ذكره مؤلفوه من أنه باستخدام الاختبار يتوفر الحصول على بيانات مقننة عن توافق الشخصية يمكن إخضاعها وتناولها بالتحليل الإحصائي. والدليل على القيمة التي تكمن في هذا الاختبار تتضح في البحوث المستمرة التي تنشر له تباعاً وتؤكد قيمته كالبحوث التي قام بها برودمان واردمان، ولف اردمان عام ٥٦، ١٩٥٩ والتي جاءت بعد البحوث الأولى بثلاثة عشر عاماً (١٩٤٦) حيث أكدوا في هذه البحوث قيمة الاختبار في التشخيص الإكليلكنيكي، كذلك فإن الأبحاث التي أجريت بعد ذلك بحوالي عشر سنوات أيضاً على يد أبرامسون وترسبولسكي وبروك عام ١٩٦٥ أكدت قيمة الاختبار كمقياس للكشف عن الأعراض الجسمية والانفعالية. وفي بحث لابرامسون عام ١٩٦٦ أكد صدق الاختبار باستخدام تقديرات الإكلينيكين لكن كان أقل فائدة في المقارنة بين الصفحة النفسية لدى أبناء الثقافات المختلفة. وفي دراسة لأرثر وجندرسون وريتشارد سون عام ١٩٦٦ على جنود البحرية وجدوا أن الدرجة ١٥ على الاختبار قد ميزت بين المرضى السيكاتريين الذين داخل المستشفى وبين الأسوياء. كما قام جندرسن وآرثر عام ١٩٦٩ بتنمية مقياس مختصر للمقياس الأصلي (١٩٥ سؤالاً) ليسهل استخدامه في التشخيص الإكلينيكي على المتقدمين للبحرية فطبقوا المقياس على ٦٣٠ مريضاً سيكاتريا بالمستشفى وعلى ٤٥٤ من الأسوياء وتساوت المجموعتان في العمر والدرجة العسكرية ثم أجروا دراسات على الوحدات المميزة بإجراء الارتباطات بينها وبين أحكام السيكاتريين المتعلقة بالمواءمة للقيام بالخدمة العسكرية (٧: ١٠٠). وفيما يلي نبذة عن الاختبار ووحداته والعمليات التي أجريت عليه كالثبات وغيره (٥: ١٥٠).

(أ) أصل الاختبار:

اقتبسه وعربه إلى اللغة العامية القائم بهذه الدراسة عن الأصل الأمريكي الصورة N 2 كما أجرى عليه كذلك في مجال العمال الصناعيين

تجربة للفهم اللفظي تبعها وضع العبارات الشائعة القريبة من فهم العمال.

(ب) وحدات الاختبار:

يتكون الاختبار من ١٠١ عبارة تقيس عشرة عوامل انفعالية وسيكوسوماتية، وقد اختار مؤلفو الاختبار وحداته من الصورة N للقائمة على أساس تحليل الوحدات وتحديد النسب الفاصلة والصادقة. وتقع الأسئلة في مجموعتين: تلك التي تميز تمييزاً فاصلاً وحاداً بين الأشخاص الذين لديهم اضطرابات خطيرة في الشخصية، والأشخاص الذين لا توجد لديهم هذه الاضطرابات، وتلك الخاصة بالأعراض الجسمية الهامة. وكان عدد العبارات في الصورة الأولى ٦٤ عبارة أضيفت إليها ٣٦ عبارة أجرى عليها نفس التقنينات التي أجريت على العبارات الأصلية وذلك لكي يتلاءم مع الاستخدام في الجيش كما أضيفت إليه عبارة واحدة تمهيدية. وفي نهاية الحرب عدلت العبارات لتتلاءم في استخدامها مع المدنيين. ويوضح الجدول رقم (٥) كل اختبار فرعي وعدد ورقم العبارات التي يقيسها:

رقم	الاختبارات	عدد العبارات	رقم العبارات
(١)	الخوف وعدم الكفاية	١٨	٢-١٩
(٢)	الاكتئاب	٧	٢٠-٢٦
(٣)	العصبية والقلق	٧	٢٧-٣٣
(٤)	التنفس والدورة الدموية	٥	٣٤-٣٨
(٥)	الفـــزع	٨	٣٩-٤٦
(٦)	الأعراض السيكوسوماتية	١٥	٤٧-٦١
(٧)	الخوف على الصحة	٧	٦٢-٦٨
(٨)	أعراض الجهاز المعدى معوى	١١	٦٩-٧٩
(٩)	الحساسية والشك	٨	٨٠-٨٧

رقم	الاختبارات	عدد العبارات	رقم العبارات
(١٠)	السكوباتية	١٤	٨٨-١٠١
	السؤال التمهيدي	١	١

جدول رقم (٥)

(جـ) ثبات الاختبار:

يمثل الجدول رقم (٦) الثبات النصفي لدرجات العمال غير المنتجين على المقاييس الفرعية للقائمة وقد استخدم معامل ارتباط بيرسون من القيم الخام للحصول على الارتباط بين نصفي الاختبار والذي صحح بمعادلة سبيرمان براون لحساب معامل الثبات.

رقم	الاختبار	ر	معامل الثبات
(١)	الخوف وعدم الكفاية	٠,٧٦٧	٠.٨٧
(٢)	الاكتئاب	٠.٤٤٢	٠,٦١
(٣)	العصبية والقلق	٠,٨٣٤	٠,٩١
(٤)	التنفس والدورة	٠,٥٤٥	٠,٧١
(٥)	الفـزع	٠,٥١٢	٠,٦٨
(٦)	الأعراض السيكوسوماتية	٠,٧٠٧	٠,٨٣
(٧)	الخوف على الصحة	٠,٣٧٤	٠,٥٤
(٨)	الأعراض المعدية معوية	٠.٧٨٣	٠,٨٨
(٩)	الحساسية والشك	٠,٤٥٢	٠,٦٢
(١٠)	السيكوباتية	٠,٤٦٤	٠,٦٣
(١١)	المقياس الكلي	٠,٩٤٣	٠,٦٩

جدول رقم (٦)

ويتضح من الجدول رقم (٦) بما لا يدع مجالاً للشك ارتفاع معاملات ثبات المقاييس الفرعية للقائمة وارتفاع ثبات المقاييس الكلي.

(د) الصدق:

في دراسة سابقة لنا (٥: ٢٥٠) ميزت الدرجة الكلية للقائمة بين المرضى السيكومومايتين والأسوياء تمييزاً دالاً عند مستوى ٠,٠١، كما أنه مما يشير لصدق المقايس (كورنل) والذي شجعنا على استخدامه في هذه الدراسة ما وجدناه في دراستنا السابقة من ارتباطات بين الاختبارات الفرعية للمقياس وبين محكات العمل. فقد كان معامل الارتباط بين اختبار الأعراض السيكوسوماتية ومحك الجزاءات في العمل ٠,٣٤٥، كما كان الارتباط بين اختبار الخوف على الصحة والجزاءات ٠,٣٩٢، وبين اختبار السلوك السيكوباتي والجزاءات أيضاً ٠,٣٣٩. كما كان الارتباط بين اختبار الحساسية والشك ومحك الإجازات المرضية ٠,٤١٦ كذلك وجدنا أن الارتباط بين اختبار الخوف على الصحة ومحك التردد على العيادة الطبية ٠,٣٥١ كما وجد في هذه الدراسة أن الارتباط بين اختبار السلوك السيكوباتي ومحك التنقل من عمل لآخر ٠,٣٦٥. ونلاحظ أن هذه الارتباطات جميعاً تسير في الاتجاه (من حيث نوع العلاقة) الذي يجب أن يكون بين هذه الاختبارات الفرعية وما تقيسه من نواحي مرضية وبين تلك المحكات وما تشير له من خروج على السلوك السوي في مجال العمل. كما أن هذه الارتباطات جميعاً دالة إحصائية عند ٠,٠١، ٠,٠٥.

الفصل الثلاثون

نتائج الدراسة تفسيرها ومناقشتها

(أ) الفروق بين المجموعتين على اختبارات قائمة كورنل

استخرجت المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من المجموعتين من العمال المنتجين وغير المنتجين وحسب الفرق بينهما باستخدام اختبار «ت» ويمثل الجدول رقم (٧) هذه البيانات.

رقم	الإختبارات	المنتجين		غير منتجين		قيمة «ت»	مستوى الدلالة	إتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١	الخوف وعدم الكفاية	٥,٢٠	٢,٢٨	٦,٨٠	٤,٢٨	١,٩٥	ليس له دلالة	الغير منتجين
٢	الاكتئاب	٣,–	٢,–	٤,٤٠	١,٨٦	٣,٨٠	عند ٠,٠٠١	الغير منتجين
٣	العصبية والقلق	٢,٣٤	١,٤٨	٣,٦٦	٢,١٠	٤,٠٩	عند ٠,٠٠١	الغير منتجين
٤	التنفس والدورة الدموية	١,٤٠	٠,٩٤	٢,٢٨	٠,٩٨	٧,٩٠	عند ٠,٠٠١	الغير منتجين
٥	الفزع	٢,٣٤	١,٤٨	٣,٧٠	٢,٤٣	٤,٠٥	عند ٠,٠٠١	الغير منتجين
٦	الأعراض السيكوسوماتية	٣,٧٠	٢.٦٤	٤,٤٠	٢,٣١	١,٥٥	ليس له دلالة	الغير منتجين
٧	الخوف على الصحة	٢,٧٤	١,٨٢	٣,٣٢	١,٩٢	١,٧٠	ليس له دلالة	الغير منتجين

رقم	الإختبارات	المنتجين		الغير منتجين		قيمة « ت »	مستوى الدلالة	إتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
٨	الأعراض المعدية معوية	١,٩٠	١,٦٨	٣,٥٠	٢,٧٠	٤,٣٠	عند ٠,٠٠١	الغير منتجين
٩	الحساسية والشك	٣,٢٦	١,٥٢	٣,٨٠	١,٦٨	١,٨٠	ليس له دلالة	الغير منتجين
١٠	السيكوباتية	٢,٦٠	١,٧٦	٣,٦٦	١,٩٨	٣,٢٠	عند ٠,٠١	الغير منتجين
١١	المقياس الكلي	٢٢,-	١٣,٥٠	٣٤,٠٠	١٨,٠٠	٤,١٠	عند ٠,٠٠١	الغير منتجين

جـــدول رقـــم (٧)

ويتضح من الجدول رقم (٧) أن المتغيرات الانفعالية والسيكوسوماتية التي تميز بين المجموعتين تمييزاً دالاً والتي يعتبر لها علاقة بسوء التوافق المهني المجموعة العمال غير المنتجين هي:

١ ـ الاكتئاب.
٢ ـ العصبية والقلق.
٣ ـ أعراض التنفس والدورة الدموية.
٤ ـ الفزع.
٥ ـ الأعراض المعدية معوية.
٦ ـ السيكوباتية.
٧ ـ الدرجة على المقياس الكلي والتي تشير عامة إلى عدم الاتزان الانفعالي والاضطراب السيكوسوماتي.

وتعتبر النتائج السابقة رداً على الجزء الأول من هدف البحث والذي يتساءل فيه عن النواحي الانفعالية المتعلقة بالتوافق المهني للعامل الغير منتج.

(ب) التحليل العاملي لارتباطات درجات قائمة كورنل المميزة بين المجموعتين:

قمنا بد ذلك باستخراج الارتباطات لدرجات المجموعتين من أفراد

العينة بهدف معرفة العامل الذي يشيع بين هذه الارتباطات ويكون له علاقة بسوء التوافق لدى مجموعة العمال غير المنتجين ويكون له علاقة بالتوافق لدى مجموعة العمال المنتجين وفيما يلي عرض لهذه النتائج.

١ ـ مجموعة العمال غير المنتجين:

استخرجت الارتباطات بين العوامل الست المميزة والسابق الإشارة إليها باستخدام معامل ارتباط بيرسون عن طريق القيم الخام. وعولجت الارتباطات عاملياً باستخدام طريقة ثرستون المركزية مع الاكتفاء باستخراج العامل الأول فقط. وتبين المصفوفة التي في الجدول رقم (٨) هذه الارتباطات بين العوامل الست بعضها وبعض وقد تمت إضافة الدرجة على المقياس الكلي إلى هذه المعالجة.

رقم	الإختبارات	الاكتئاب	العصبية والقلق	التنفس والدورة الدموية	الفزع	أعراض معدية معوية	سيكوباتية	المقياس الكلي
١	الاكتئاب	–	٠,٥٢	٠,٥١	٠,٥٢	٠,٣٧	٠,٤١	٠,٧٠
٢	العصبية والقلق		–	٠,٥٣	٠,٦٣	٠,٣٧	٠,٣٤	٠,٩٦
٣	التنفس والدورة			–	٠,٥٥	٠,٥٥	٠,٠٧	٠,٧٧
٤	الفزع				–	٠,٤٦	٠,٤٦	٠,٧٧
٥	أعراض معدية معوية					–	٠,٨٧	٠,٧٥
٦	سيكوباتية						–	٠,٤٨
٧	المقياس الكلي							–

جدول رقم (٨)

ونلاحظ في المصفوفة السابقة إن الاكتئاب يرتبط ارتباطاً عالياً بكل من العصبية والقلق والفزع (٠,٥٢، ٠,٥٢)، وأن العصبية ترتبط بالفزع ارتباطاً عالياً (٠,٦٣) والتنفس والدورة الدموية يرتبط بكل من الفزع والأعراض المعدية معوية اقتراناً عالياً (٠,٥٥، ٠,٥٥)، ويرتبط الفزع

بالعصبية والقلق ارتباطاً عالياً (٠,٦٣) ويرتبط الأعراض المعدية معوية بالسيكوباتية ارتباطاً عالياً (٠,٨٧) كما أن المقياس الكلي يرتبط بالعصبية والقلق أعلى ارتباط (٠,٩٦). وفي الحقيقة فإن هذه الارتباطات لا تفيدنا في معرفة العامل العام الذي يشيع بين الاختبارات بدون التحليل العاملي لها والذي يمكن من خلاله التوصل للعامل العام الذي يشيع بين هذه المتغيرات الست وقد تم استخراج التشبعات بالعامل العام من المصفوفة السابقة فكانت قيمتها كما يلي:

١ ـ العصبية والقلق ٠,٨٠
٢ ـ أعراض معدية معوية ٠,٧٩
٣ ـ الفزع ٠,٧٧
٤ ـ تنفس ودورة دموية ٠,٧٠
٥ ـ الاكتئاب ٠,٦٩
٦ ـ السيكوباتية ٠,٦٥
٧ ـ المقياس الكلي ٠,٩٨

ونقترح تسمية هذا العامل بعامل «القلق العصابي» نظراً لاحتواء هذه التشبعات على تشبعات لنواحي انفعالية ونواحي جسمية وتلك الأخيرة تعتبر المكون أو المظهر الفسيولوجي للقلق.

٢ ـ مجموعة العمال المنتجين:

بنفس الطريقة في العمال غير المنتجين تم استخراج معاملات الارتباطات وإجراء التحليل العاملي وفيما يلي مصفوفة ارتباط درجات العمال المنتجين بالجدول رقم (٩).

رقم	الإختبارات	الاكتئاب	العصبية والقلق	التنفس والدورة الدموية	الفزع	أعراض معدية معوية	سيكوباتية	المقياس الكلى
١	الاكتئاب	–	٠,٤٥	٠,٣١	٠,٥٧	٠,٥٥	٠,٥٨	٠,٥١
٢	العصبية والقلق	–	–	٠,٤١	٠,٥٦	٠,٤٠	٠,٤٢	٠,٥١

رقم	الإختبارات	الاكتئاب	العصبية والقلق	التنفس والدورة الدموية	الفزع	أعراض معدية معوية	سيكوباتية	المقياس الكلى
٣	التنفس والدورة	–	–	–	٠.٤٤	٠.٧٨	٠.٤٩	٠,٦٦
٤	الفـــزع	–	–	–	–	٠,٥٨	٠,٥٣	٠,٧٨
٥	أعراض معدية معوية					–	٠.٤٤	٠,٨١
٦	سيكوباتية						–	٠,٧٢
٧	المقياس الكلــى							–

جـــدول رقـــم (٩)

ويتضح لنا من المصفوفة السابقة أن الاكتئاب يرتبط عالياً بالسيكوباتية (٠,٥٨) وأن العصبية والقلق ترتبط ارتباطاً عالياً بالفزع (٠,٥٨) وأن التنفس والدورة الدموية ترتبط ارتباطاً عالياً بالأعراض المعدية معوية (٠,٧٨)، وأن الفزع يرتبط ارتباطاً عالياً بالأعراض المعدية معوية (٠,٥٨) وأن الأعراض المعدية معوية يرتبط بالتنفس والدورة الدموية ارتباطاً عالياً (٠,٧٨) وأن السيكوباتية ترتبط بالاكتئاب ارتباطاً عالياً (٠,٥٨)، كما أن المقياس الكلي ارتبط بالأعراض المعدية معوية ارتباطاً عالياً (٠,٨١).

وقد تم استخراج التشبعات بالعامل العام من المصفوفة السابقة فكانت قيمتها كما يلي:

١ ـ أعراض معدية معوية ٠,٨٢
٢ ـ الفزع ٠,٨١
٣ ـ السيكوباتية ٠,٧٤
٤ ـ التنفس والدورة الدموية ٠,٧٣
٥ ـ الاكتئاب ٠,٦٧
٦ ـ العصبية والقلق ٠,٦٣
٧ ـ المقياس الكلي ٠,٩١

ونقترح تسمية هذا العامل بالأعراض المعدية معوية وذلك لأن أعلى التشبعات يظهر في متغير الأعراض المعدية معوية ويصل هذا التشبع إلى ٠,٨٢.

تفسير النتائج:

سنقتصر في تفسيرنا لنتاى هذه الدراسة على نتائج التحليل العاملي وذلك فيما يتعلق بالمجموعتين على النحو الآتي:

(أ) عامل القلق العصابي لدى العمال غير المنتجين:

ولقد اقترحنا تسمية هذا العامل بالقلق العصابي لأن كل المقاييس الأخرى (إلى جانب التشبع الأكبر بالطبع) المشبعة بالعامل تتمتع بهذه الخاصية، فالاكتئاب يحدث في كل عصاب على الأقل في صورة مشاعر دونية، ويكشف التحليل النفسي عن إن السيكوباتيين كالعصابيين من ناحية الكبت المولد للمرض وأن لديهم عقدة أوديبية لا شعورية وقلق خصاء لا شعوري (١ : ٣٩١). هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإننا في تتبعنا لنشأة القلق نجده نتيجة لكبت الانفعال فتحدث حالة من التوتر يطلق عليها القلق، فالكبت كما هو سبب المرض النفسي فهو سبب القلق العصابي. ولا شك أن الكبت المسرف يهدد كيان الشخصية وكل تهديد لبناء الشخصية يرتبط بالخوف. وفي حالة القلق العصابي يحدث للمريض خوف مبهم ليس له موضوع خاص. ويذهب جرنكر وزملاؤه إلى أن القلق له دوره الخاص في عمليات توافق الكائن، فهو يشير إلى وجود الانعصاب كما أنه يعمل كنذير بوجود استجابت انعصاب أكثر، كا يتنبأ بتوافقات الكائن الحي التي تعمل لمواجهة ضغط أعلى أو متوقع في العمليات السلوكية والسيكولوية والجسمية التي ترتبط بعضها ببعض ارتباطاً متفاعلاً. ويصبح التوازن غير منتظم في المستويات العليا من القلق كما في حالة دمار الحرب، أو المصائب غير المتوقعة لدرجة أن الوظائف الجسمية والسلوك والكفاية السيكولوجية تضطرب بعمق. كما يكون القلق مسؤولاً عن نمو الأعراض السيكاترية

واضطراب الشخصية. وكعلامة للخطر يكون القلق مصحوباً بمجموعة من العمليات الجسمية المترابطة والتي تكون على شكل أنشطة تعد لعمل اضطراري مفاجىء وغالباً ما تكون هذه الأنشطة مشتقة من التعلم المبكر في حياة الفرد (٨: ٢٤٩). وهكذا نلمح في التفسير السابق أن مجموعة العمال غير المنتجين سيء التوافق وذلك لما يعانون من اضطرابات في الشخصي. ومثل هؤلاء العمال وكما تبين لنا فإن إنتاجهم أقل من مجموعة العمال المنتجين، فيقعون في الكثير من أخطاء العمل ويسيئون استخدام الآلة وتوقع عليهم بالتالي جزاءات أكثر وتلك الأخيرة تعمل بدورها على زيادة حالتهم النفسية اضطراباً وهكذا بشكل دائري.

(ب) عامل الأعراض المعدية معوية لدى العمال المنتجين:

ويقصد بالأعراض المعدية معوية تلك الأعراض التي تنتاب الأفراد الذين يشكون من حالات الإمساك وعسر الهضم أو فقد الشهية وقرحة المعدة والقولون. ولقد أشارت الكثير من البحوث والدراسات إلى أن الأفراد الذين لديهم مثل هذه الاضطرابات المعوية معدية يخافون من أن يكونوا معتمدين أو غير نافعين (١١: ١٢٠). كما يذهب ساندلر وبولوك إلى أن مثل هذه الاضطرابات لا تحدث لدى هؤلاء الذين يظهر عليهم العصاب فقد لكن لدى كل أفراد المجتمع كما يرى كل طبيب عام (١٠: ١٤٦) ونجد دانييلز يقول عنهم إنهم عدوانيون ويبحثون عن السلطة وغالباً لا يتزوجون (١١: ٢٠٩) وتؤيد هذه الدراسة كلام دانييلز إذ يصل نسبة عدد المتزوجين لدى العمال المنتجين الذين ظهر لديهم العامل المعدي معوي ٢١٪، والذين لم يتزوجوا ٧٩٪ بينما يصل عدد المتزوجين في العمال غير المنتجين ٦٠٪ والذين لم يتزوجوا ٤٠٪. ويذهب كوفيل وزملائه إلى أن مثل هذه الاضطرابات المعدية معوية خاصة القرح توجد عادة عند الأشخاص ذوي الطموح المرتفع ورجال الإدارة الذين يتصارع سلوكهم الخارجي مع رغبتهم في الاعتماد على الغير (٤: ١٣٥). وتذهب فلاندرز دنبار إلى أن مثل هؤلاء الذين يعانون من هذه الاضطرابات فوق المتوسط

في الذكاء ولو افترضنا أن هناك علاقة بين مستوى الذكاء وبين التوافق المهني لقلنا إن كلام دنبار يتفق مع نتائج ما توصلنا إليه من أن هؤلاء العمال الذين ظهر لديهم العامل المعدي معوي أقل إساءة في استخدام الآلة وتقدير مشرفيهم لأدائهم في العمل أعلى من المجموعة غير المنتجة (٦ : ١٢٠).

مناقشة عامة للنتائج:

١ ـ حققت النتائج المستخرجة من هذا البحث الأهداف الخاصة به فالعمال غير المنتجين سيء التوافق عن العمال المنتجين على نحو دال إحصائياً، فيما يتعلق بالنواحي الانفعالية المختلفة مثل الاكتئاب والعصبية والقلق والتنفس والدورة الدموية والفزع والسيكوباتية والأعراض المعدية معوية.

٢ ـ كان القلق العصابي هو العامل المميز لاستجابات العمال غير المنتجين إلى حد إدخالهم في دائرة المرضى النفسيين فهؤلاء العمال عجزوا عن التوافق، فهم أكثر تمارضاً وغياباً بدون إذن وتأخيراً عن العمل وأقل أداءاً له نظراً لوجود اضطرابات في الشخصية لديهم.

٣ ـ أكدت نتائج الدراسات السابقة الخاصة بمرضى الجهاز المعدي معوي ما توصلنا إليه من نتائج فهم كما تشير هذه الدراسات أعلى من المتوسط في الذكاء (٦ : ٢٥٤)، وطموحين وغير اعتماديين (١١ : ٢٠٩) وتؤيد نتائج هذه الدراسة هذه الأبحاث. فالعمال المنتجين أقل من المتوسط بدرجة دالة عن العمال غير المنتجين، في الغياب عن العمل وفي التأخير عن العمل وفي إساءة استخدام الآلة أو في الخطأ في العمل كما أنهم أعلى في المتوسط بدرجة دالة إحصائية في الأداء في العمل عن العمال الغير منتجين.

٤ ـ رغماً من أننا اعتمدنا في التعرف على أداء العامل من خلال تقدير اثنين من المشرفين لأداء كل عامل إلا أننا نجد اتفاقاً كبيراً بين متوسط وانحراف إداء العمال المنتجين وأداء العمال غير المنتجين مع أداء العمال الذين لديهم اضطراب سيكوسوماتي والعمال الأسوياء في شركة

الحديد والصلب وذلك في دراسة سابقة (٥ : ٥٠)، ويوضح الجدول رقم (١٠) ذلك.

الدراسة الحاليـة				الدراسة السابقـة			
عمـال منتجين		عمال غير منتجين		عمـال أسوياء		مرضى سيكوسوماتين	
م	ع	م	ع	م	ع	م	ع
٨٣,٨	٣	٦٨	٧,٨٠	٨٤,٦	٨,٦	٦٨,٦	١٠

جـــدول رقـــم (١٠)

٥ ـ يرجع السبب في اتفاق النتائج المشار إليها في النقطة السابقة إلى أننا أخذنا متوسط تقدير اثنين من المشرفين لأداء كل عامل.

٦ ـ ومما يشير إشارة صادقة إلى دقة اختيار المشرفين للمجموعتين من العمال المنتجين، وغير المنتجين بناءاً على التعريف السابق طرحه أن المجموعتين يختلفان اختلافاً دالاً في كافة المحكات التي اختاروا على أساسها المجموعتين من العمال وهذه المحكات التي ميزت بين المجموعتين هي: الأداء في العمل ـ التمارض ـ الغياب بدون إذن ـ التأخير في العمل ـ ترك العمل بدون إذن ـ الخطإ في العمل ـ إساءة استخدام الآلة. وأما المحكان اللذان لم تختلف المجموعتان فيهما فهما: عدم إنجاز العمل المطلوب، ومخالفة التعليمات إلا أن متوسط المجموعة المنتجة في هذين المحكين أقل من متوسط المجموعة غير المنتجة.

٧ ـ يشير الارتباط المرتفع بين كل مقياس فرعي من مقاييس قائمة كورنل والدرجة الكلية على الاختبار إلى الاتفاق الداخلي بين وحدات الاختبار ويوضح الجدول رقم (١١) هذه الارتباطات لمجموعة العمال غير المنتجين.

رقم	المقاييس الفرعيـة	الارتباط بالدرجة الكليـة
(١)	الاكتئاب	٠,٧٠
(٢)	العصبية والقلق	٠,٩٦
(٣)	التنفس والدورة الدموية	٠,٧٧
(٤)	الفـــزع	٠,٧٧
(٥)	أعراض معدية معوية	٠,٧٥
(٦)	سيكوباتية	٠,٤٨
(٧)	متوسط الارتبـــاط	٠,٧٤

جـــدول رقـــم (١١)

كما أنه يتضح من الجدول رقم (١١) أن متوسط ارتباط المقاييس الفرعية بالمقايس الكلي يصل إلى ٠,٧٤ وهو ارتباط عالي.

٨ ـ بمقارنة ما جاء في الجدول رقم (١١) بما توصلنا إليه في دراسة سابقة لنا عن الاضطرابات السيكوسوماتية نجد أن الاتفاق الداخلي للاختبار في الدراسة الحالية أعلى منه في الدراسة السابقة ويوضح الجدول رقم (١٢) أيضاً هذا الكلام.

رقم	المقاييس الفرعيـة	الارتبـاط بالدرجـة الكليـة
(١)	الاكتئاب	٠,٥٩
٢)	العصبية والقلق	٠,٧٣
(٣)	التنفس والدورة الدموية	٠,٦٠
(٤)	الفـــزع	٠,٨٠
(٥)	أعراض معدية معوية	٠,١٩

الارتبـاط بالدرجـة الكليـة	المقاييس الفرعيـة	رقـم
٠,٣٠	سيكوباتيـة	(٦)
٠,٥٣	متوسط الارتباط	(٧)

جـــدول رقـــم (١٢)

٩ ـ بالنظر إلى كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في المجموعتين نجد أن المتوسط الحسابي في صالح مجموعة العمال المنتجين على جميع المحكات سواء التي تميز تمييزاً دالاً أو لتي لا تميز تمييزاً دالاً فالعمال المنتجين أعلى أداء من غير المنتجين وأقل منهم في باقي المحكات الأخرى.

١٠ ـ كذلك فإنه بالنظر إلى كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدى المجموعتين في العوامل الانفعالية والسيكوسوماتية، نجد أنه في صالح مجموعة العمال المنتجين وفي غير صالح مجموعة العمال الغير منتجين.

١١ ـ بالنظر في مصفوفتي الارتباط نجد أن المتغير الذي يتكرر ارتباطه ارتباطاً مرتفعاً بباقي متغيرات المصفوفة هو الفزع بالنسبة لمجموعة العمال غير المنتجين، والأعراض المعدية معوية بالنسبة لمجموعة العمال المنتجين.

١٢ ـ نلاحظ في المصفوفتين أن المتغير الذي يرتبط ارتباطاً عالياً بالمقياس الكلي هو الذي يكون تشبعه أعلى التشبعات جميعاً. فنجد في مجموعة العمال غير المنتجين أن متغير العصبية والقلق قد ارتبط بالمقياس الكلي ارتباطاً وصل إلى ٠,٩٦ وكان تشبعه أعلى تشبع إذ وصل إلى ٠,٨٠. كذلك نجد أن متغير الأعراض المعدية معوية قد ارتبط بالمقياس الكلي أعلى ارتباط إذ وصل إلى ٠,٨١ كما أن تشبعه وصل إلى ٠,٨٢.

١٣ ـ يجب أن لا ننكر عند تفسيرنا لنتائج هذه الدراسة علاقة بعض العوامل بتلك النتائج كالأجر والناحية التعليمية (خاصة بند يقرأ ويكتب) والحالة الاجتماعية (خاصة بند متزوج) تلك العوامل التي تختلف فيهما المجموعتان اختلافاً دالاً على النحو السابق عرضه في خصائص العينة.

١٤ ـ وبناءً على ما جاء في النقطة السابقة، فإننا نشير إلى أن النتائج المستخرجة من هذه الدراسة تعتبر خاصة بتلك العينة وما تتميز به من خصائص كالعمر والخبرة والأجر والمستوى المهني... الخ.

١٥ ـ تؤكد النتائج التي توصلنا إليها في هذه الدراسة ما سبق أن توصلنا إليه من نتائج في دراستنا السابق الإشارة لها (٥: ٣٥١) على العمال الصناعين والتي قمنا فيها بإيجاد معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لقائمة كورنل والدرجة الكلية لمقياس الروح المعنوية فكان معامل الارتباط بينهما ـ ٠,٩٦ وكان مستوى دلالة عند ٠,٠١. فالمقياس في دراستنا هذه يميز بين العمال المنتجين والغير منتجين تمييزاً دالاً (الدرجة الكلية)، كما أن الدراسة السابقة وكما يشير معامل الارتباط السابق ذكره إلى أن الدرجة المرتفعة على قائمة كرونل والتي تشير للاضطراب الانفعالي والسيكوسوماتي يقابلها انخفاضاً في الدرجة على مقاييس الروح المعنوية والتي تشير بدورها إلى انخفاض في الروح المعنوية لدى هؤلاء العمال.

المراجع

١ ـ أوتوفينخل ـ تأليف ـ صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق ـ ترجمة ـ نظرية التحليل النفسي في الصاب ـ ١٩٦٩ ـ صفحة ٣٩١، ٥٦٧.

٢ ـ عطية محمود هنا ـ التوجيه التربوي والمهني ـ النهضة المصرية ـ ١٩٥٩ صفحة ٢٢.

٣ ـ فرج عبدالقادر طه ـ العامل المشكل دراسة في سيكولوجية التوافق المهني ـ رسالة دكتوراه غير منشورة بآداب عين شمس ١٩٦٨.

٤ ـ كوفيل وزملائه ـ تأليف ـ محمود الزيادي ـ ترجمة ـ علم نفس الشواذ ـ النهضة العربية ـ ١٩٦٨ ـ صفحة ١٣٥.

٥ ـ محمود أبو النيل ـ علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة ـ ١٩٧٢ ـ رسالة دكتوراه غير منشورة بإشراف الدكتور سيد خيري بآداب عين شمس.

6 - Dunbar, Flanders, mind and Body: Psychosomatic Medicine, Random House, New York, 1958, p. 120, 209, 254.

7 - Gunderson, E.K. Eric, & others, A Brief Mental Health Index, Jour, of Abnormal Psycholo., 1969, 74,1,100.

8 - Grinker, R.R. & other, Psychosomatic Process: Theory and Experiment, From Book: Reflexes to Intelligence by Beck and Molish, The Free Press, 1960. p.249.

9 - Lewis, J.A., Kuder Prefernce Record and MMPI Scores for Two Occupational Groups, J. Consult. Psycholo., 1974, 11, 191-201.

10 - Sandler Joseph & Pollck, Alex. Studies in Psychopathology The British Jour. of Medical Psycholo., 1954, 27, 3, p.146.

11 - Weiss, E. & English O., Psychosomatic Medicine, Saunder, London, 1958, P. 120, 209.

الباب الحادي عشر

الدراسة الخامسة

علاقة نوع الصناعة بالاضطرابات السيكوسوماتية في ضوء الاستجابة على قائمة كورنل (*)

الفصل الحادي والثلاثون: المشكلة والفروض ومجال الدراسة والعينة والأدوات

الفصل الثاني والثلاثون : **النتائج ومناقشتها**

(*) دراسة للمؤلف منشورة بكتاب: قراءات في علم النفس الصناعي والتنظيمي للدكتور فرج طه ـ الطبعة الثالثة: ١٩٨٢.

الفصل الحادي والثلاثون

المشكلة والفروض ومجال الدراسة والعينة والأدوات

المشكلة: تختلف كل صناعة عن باقي الصناعات الأخرى من حيث الظروف الجوية والمادية والضوضاء ودرجة الحرارة والأتربة والغازات التي يتعرض لها العاملون بها. ولقد اهتم المختصون في المجال الصناعي وعلى وجه خاص المهتمين بشؤون الكفاية الإنتاجية وزيادة الإنتاج، بدراسة تأثير الظروف الفيزيقية من ضوضاء وإضاءة وحرارة ورطوبة وغازات على كفاءة العامل وقدرته على العمل. وبالإضافة لذلك قام الكثيرون من علماء النفس بدراسة هذه النواحي ومن هؤلاء أوسبورن، وفرنون obsorne vernon عام ١٩٢٢ حيث وجدا أن الحوادث تزيد بزيادة درجة الحرارة أو بانخفاضها عن الحد المعقول (٢: ٨٢). ولقد ذكر تيفين وماكورميك & Tiffin من قسم لآخر (٦: ٤٧٤). وفي بحوث لجنة التهوية ..ventilation بمدينة نيويورك وجد أن اختلاف طبيعة الهواء له علاقة بالإنتاج رغماً من تثبيت درجة الحرارة، حيث وجد أن الإنتاج يرتفع عندما يكون الهواء نقياً وينخفض عندما يكون راكداً كما أنه بدراسة أحوال الإنتاج في المناجم وجد أن الإنتاج يقل بنسبة ٤١٪ (٤: ١٥١). وفي دراسة ببلر pepler عام ١٩٥٣ وجد أن الأعمال الذهنية تتدهور كفاءتها بتعرض الإنسان لدرجات حرارة تتراوح بين ٧٦ ـ ٩١ (٦: ٤٧٤). ويذكر نورمان ماير Norman Maier أنه وجد أن الضوضاء تحدث نوبات لبعض المصابين بالصرع كما أن الإنتاج في مصنع للنسيج قد زاد عندما قلت نسبة الضوضاء بوضع غطاء على أذن

العاملات. كما ذكر أيضاً أنه وجد أن الأصوات العالية المرتفعة تعمل على إحداث استجابات الفزع كما قد تؤدي إلى خفض المقدرة على السمع أو إصابة الأذن بالصمم. وبالإضافة لما سبق ذكر ماير أن العمل السريع يحدث تغيرات في الدورة الدموية وخاصة ضغط الدم (٥: ١٠١). وفي دراسة لهيرينرج Hernberg عام ١٩٧٠ في فنلندا وجد ارتفاعاً في ضغط الدم لدى العمال الذين تعرضوا خمس سنوات للغاز عن العمال الذين لم يتعرضوا له. أما ليليس Lilis فقد وجدت عام ١٩٦٨ في رومانيا إصابة في الشريان التاجي لدى مجموعة العمال الذين يتعرضون للغاز عن الذين لا يتعرضون له. وفي دراسة موجري Maugre عام ١٩٦٥ وجد أن تعرض العمال لغاز ثاني كبريت الكربون (غاز سام سريع الاشتغال تلقائياً في الهواء) يؤدي إلى تصلب الأوعية الدموية وأمراض القلب. وهذا بدوره يحدث تغيرات في العمليات العقلية أو ظهور أعراض عصابية، ونقص الذاكرة واضطراب الحالة الانفعالية. ولقد وجد هانينان Hanninan عام ١٩٦٧ في فنلندا في حالات التسمم بغاز ثاني كبريتيد الكربون فروقاً دالة إحصائية بينهم وبين المجموعة الضابطة على بعض الجوانب النفسية. وفي عام ١٩٧١ قامت هانيننان أيضاً بدراسة على ثلاث مجموعات: مجموعة تسمم وأسعفت - مجموعة تتعرض للتسمم - مجموعة لا تتعرض للتسمم. ولقد استخدمت الباحثة العديد من الاختبارات السيكلوجية التي تقيس الجوانب المسقطة والجوانب العقلية والشخصية... إلخ. وقد وجدت فروق لها دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاثة خاصة بين المتسممين والضابطة، ودلت النواحي التي وجد فيها دلالة على تدهور الانتباه واضطراب العمليات النفسية الحركية وظهور الاكتئاب. وعلى المستوى المحلي قامت ألفت حقي عام ١٩٧٤ بعمل بحث عن النتائج السيكولوجية لتعرض العمال لغاز ثاني كبريتيد الكربون في الصناعة، على عينة من العمال في شركة كفر الدوار للحرير الصناعي يعملون في جو به غاز ثاني كبريتيد الكربون حيث تعتمد صناعة الحرير على مادة السليلوز أو لب الخشب wood pub والتي تمر بمراحل إنتاج حتى غزل الخيوط ويتخللها تصاعد غاز ثاني أكسيد الكربون

في الجو. وقد اختارت الباحثة ثلاث عينات هي: ١ ـ عينة من العمال الذين لم يتعرضوا للغاز ٢ ـ عينة عمال تعرضوا قليلاً للغاز ٣ ـ عينة عمال تعرضوا طويلاً للغاز. واستخدمت الباحثة عشرين اختباراً سيكولوجياً للشخصية، والذكاء، والقدرات كالتذكر والتركيز ووجدت الباحثة فروقاً دالة بين المجموعة التجريبية طويلة التعرض وبين المجموعة الضابطة التي لم تتعرض للغاز، وأشارت هذه الفروق إلى وجود تدهور في الوظائف العقلية لدى المتعرضين وبالنسبة للميول العصابية كالاكتئاب وتوهم المرض كانت الفورق دالة. كما وجدت أيضاً أن المتعرضين يعانون من شكاوي جسمية، فزيادة على ارتباك وظائفهم الهضمية وأجهزتهم الدورية والعصبية تضطرب عملياتهم العقلية ويعانون من الأرق والإنهاك والانقباض (١: ١١٢).

ويلاحظ على الدراسات السابقة الأجنبية والمحلية أنها اقتصرت على دراسة تأثير عامل واحد فقط على وظائف الإنسان العصبية أو السيكولوجية أو الجسمية. كما أن الدراسة لم تخرج عن نطاق الصناعة الواحدة أي أجريت في أقسام مصنع واحد أو شركة واحدة أحدهما تجريبي تحدث فيه الظاهرة كالغاز أو الرطوبة أو الحرارة، والآخر لا تحدث فيه هذه الظاهرة. ولم تخرج هذه البحوث عن ذلك النطاق لدراسة أثر البيئة الكلية على العمليات النفسية وذلك بمقارنة مجموعتين من العمال في مصنعين مختلفين في إحداهما توجد ظروف عمل صعبة وفي الآخر تكون ظروف العمل أقل صعوبة بكثير من الأول. وفي هذه الحالة تتركز الدراسة على معرفة أثر البيئة الكلية على الناحية النفسية، وهذا ما تضعه في الاعتبار هذه الدراسة لأن مثل هذا النوع من الدراسات وما يترتب عليه من نتائج يلقى الضوء على أثر وفاعلية اللوائح والقوانين الموحدة، التي تطبق على العاملين في القطاع العام في كافة الشركات والخاصة بالجزاءات والأجور والحوافز والإجازات والترقية، وعلاقات العمل بين المرؤوسين بعضهم وبعض أن بينهم وبين رؤسائهم والتي يجب أن تتمشى مع ظروف العمل وطبيعته. وهنا تكمن أهمية هذه الدراسة وهو النظر في ضوء نتائجها في هذه اللوائح وتلك

القوانين. كما أن هذه الدراسة تنفرد عن الدراسات الأخرى في إجراء المقارنة بين أربع مجموعات، المجموعتين الأولتين هما المرضى السيكوسوماتيين في شركتين، والمجموعتين الثانيتين هما الأسوياء في نفس الشركتين.

فروض الدراسة: وتفترض هذه الدراسة أن يكون هناك فرقاً له دلالة إحصائية بين استجابات المرضى السيكوسوماتيين في كل من الشركتين، وتعكس هذه الفروق الدالة شدة الاضطراب نظراً لاختلاف الظروف الفيزيقية الخاصة بالعمل في كل من الشركتين، ومفهومنا عن الشدة هنا لا يخرج عن الدرجة الكمية ارتفاعاً وانخفاضاً، ووجود فروق لها دلالة إحصائية بين استجابات الأسوياء في كل من الشركتين وذلك على اختبارات قائمة كورنل. هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإننا نتوقع أيضاً أن تختلف التشبعات على العامل الأول بالنسبة لمجموعتي المرضى السيكوسوماتيين في الشركتين كل على حدة.

مجال الدراسة: تم اختيار شركتين من نوعين مختلفين من حيث الإنتاج والصناعة وظروف العمل بكل منهما. فشركة الحديد والصلب تنتج كتل الصلب وألواح الصاج وشرائط الصفيح ويتخلل عملية سير الإنتاج ومراحله المختلفة تصاعد الكثير من الأتربة والغازات مثل السيليكون وغاز ثاني إكسيد الكربون، كما أن العاملين في الأماكن والأقسام والورش المختلفة فيها يتعرضون لدرجات حرارة مرتفعة أمام أفران الصهر والتسخين، كذلك يتعرضون في كثير من الأماكن لضوضاء الآلات وأجهزة ضغط الهواء... الخ ويقع جميع أفراد عينة شركة الحديد والصلب في هذه الدراسة في الأقسام الآتية: -

(أ) ميكانيكا الصلب.
(ب) ميكانيكا الأفران.
(جـ) كهرباء الأفران.
(د) خراطة الصلب.

وتشتد درجة الحرارة والغازات في قسمي الأفران والصلب كثيراً. أما شركة النصر لصناعة السيارات فتتلخص عملية الإنتاج بها في تركيب قطع الغيار المختلفة المصنوعة بالخارج أو المصنوعة بالداخل ليتم في النهاية صنع السيارة، وخط سير الإنتاج في شركة النصر للسيارات لا تتخلله أتربة أو غازات أو درجات حرارة عالية على النحو الذي رأيناه في شركة الحديد والصلب إلا في قسم الدوكو حيث تترتب على عملية الإنتاج فيه روائح معينة. هذا بالإضافة إلى أن الشركتين تحتلان موقعين مختلفين فشركة الحديد والصلب تقع جنوب مدينة حلوان بخمسة عشر كيلومتراً، وشركة النصر لصناعة السيارات تقع إلى شمال مدينة حلوان بسبعة كيلو مترات، أما ما عدا ظروف العمل من نواحي فإن الشركتين متساويتان في نظام الأجور وساعات العمل وطرق الترقية، حيث تحدده لائحة واحدة هي لائحة العاملين بالقطاع العام.

عينة الدراسة: فيما يلي وصفاً لخصائص كل عينة في كل من الشركتين التي تم إجراء الدراسة عليها. وعينة شركة الحديد والصلب باستجاباتها على قائمة كورنل هي نفس عينة البحث والذي تقدم به المؤلف للدكتوراه عام ١٩٧٢ (٣: ١٠٠) أما عينة شركة النصر لصناعة السيارات فقد قام الباحث بتطبيق مقياس كورنل عليها بعد ذلك بقليل(*) ولقد تم اختيار العينة بالشركتين بناءاً على الفحص الطبي وبناءاً على المحكات التي حددها الباحث للأطباء الأخصائيين في الشركتين. وهذه المحكات مستقاة من تراث علم النفس والطب النفسي ومن التعريف الإجرائي الذي تم استخلاصه من التعاريف السابقة في مراجع علم النفس المرضى والطب النفسي وهذا التعريف هو «الاضطرابات السيكوسوماتية هي الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء التي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظراً

(*) يشكر الباحث مساعدات المسؤولين في شركة النصر لصناعة السيارات والأستاذة / سامية أحمد فرج التي اشتركت في التطبيق على عينة هذه الشركة.

لاضطراب حياة المريض والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاءاً تاماً لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي».

والوقائع المستخلصة من التعريف السابق والذي اعتمد الأطباء عليها في تحديدهم الأفراد عينة البحث هي: (أ) وجود مرض جسمي خاص بعضو في الجسم تثبت الأشعات أو الاختبارات وجود إصابة تشريحية أو بنائية به. (ب) تردد المريض على الطبيب فترة طويلة بحيث أصبح مألوفاً به. (جـ) عدم نجاح العلاج الجسمي لعدم علاج المسببات (د) أن المريض لم يسبق علاجه نفسياً[٢] وفيما يلي خصائص هذه العينة.

رقم	فئات الاضطراب السيكوسوماتى	شركة الحديد والصلب		شركة النصر للسيارات	
		العدد	٪	العدد	٪
١	ارتفاع ضغط الدم	٥	٪٢٠	–	–
٢	عصاب القلب	٣	٪١٢	٣	٪٧,٥
٣	قرحة الاثنا عشر	٣	٪١٢	–	–
٤	التهاب القولون	٢	٪٨	٢	٪٥
٥	التهاب المعدة	٢	٪٨	٣	٪٧,٥
٦	الربو الشعبى	٤	٪١٦	١٢	٪٣٠
٧	الالتهابات الجلدية	٢	٪٨	١	٪٢,٥
٨	البول السكرى	٢	٪٨	١	٪٢,٥
٩	قرحة المعدة	١	٪٤	–	–
١٠	التهاب المفاصل	١	٪٤	٥	٪١٢,٥
١١	الالتهاب الرئوى	–	–	٦	٪١٥

رقم	فئات الاضطراب السيكوسوماتى	شركة الحديد والصلب		شركة النصر للسيارات	
		العدد	٪	العدد	٪
١٢	الشريان التاجى	-	-	٣	٧,٥٪
١٣	اضطرابات التبول	-	-	٣	٧,٥٪
١٤	المجمـوع	٢٥	١٠٠٪	٤٠	١٠٠٪

(١) جـدول توزيع فئات الاضطراب السيكوسوماتى فى الشركتيـن

ويلاحظ على الجدول رقم (١) أن هناك فئات توجد بشركة الحديد والصلب ولا توجد في شركة النصر للسيارات، مثل ارتفاع ضغط الدم وقرحة الإثنا عشر وقرحة المعدة. وهناك فئات توجد بشركة النصر لصناعة السيارات ولا توجد بشركة الحديد والصلب مثل أمراض الشريان التاجي والالتهاب الرئوي واضطرابات التبول.

ونود أن نذكر هنا:

١ ـ لا يعني وجود الاضطراب في شركة عدم وجوده بالأخرى لأن المدة التي عمل المسح بها كانت محددة.

٢ ـ أنه بتجميع بعض الفئات مع بعضها مثل اضطراب الجهاز المعدي معوي واضطراب جهاز القلب فإننا نجد تقارباً في العدد بوجه عام.

ويوضح الجدول رقم (٢) توزيع أفراد العينة في الشركتين على الوظائف المختلفة: .

رقم	الوظائـف	شركة النصر للسيارات		شركة الحديد والصلب	
		العدد	٪	العدد	٪
١	بـراد	٤	٪١٠	٣	٪١٢
٢	سمكرى	٢	٪٥	–	–
٣	نقـاش	٧	٪١٧,٥	–	–
٤	ميكانيكى	٦	٪١٥	١٢	٪٤٨
٥	لحـام	٤	٪١٠	١	٪٤
٦	سروجى	١	٪٢,٥	–	–
٧	ملاحظ	٨	٪٢٠	–	–
٨	أعمال خـدمات	٨	٪٢٠	–	–
٩	كهربائى	–	–	٥	٪٢٠
١٠	شحـام	–	–	٢	٪٨
١١	حـداد	–	–	١	٪٤
١٢	خـراط	–	–	١	٪٤

(٢) جـدول توزيع أفراد العينة فى الشركتين على الوظائف المختلفة

ويلاحظ على الجدول رقم (٢) أيضاً أن هناك وظائف بشركة النصر للسيارات ولا توجد بشركة الحديد والصلب، مثل سمكري ونقاش وسروجي وملاحظ، وتوجد وظائف بالحديد والصلب ولا توجد بشركة النصر للسيارات، مثل كهربائي وشحام وخراط وحداد. ويعود ذلك إلى أننا اقتصرنا في دراسة شركة الحديد والصلب على مهن الميكانيكا لشيوع الاضطرابات فيها بينما لم نضع هذا الاعتبار بالنسبة لوظائف النصر للسيارات وهذا الاختلاف لا يعني بالضرورة أن مهن النصر للسيارات لا توجد بالحديد

والصلب أو العكس لكن هذا الاختلاف يخدم البحث من غير شك.

٣ - وبالنسبة لأعمار العينتين فهي متقاربة لدرجة أننا لم نجر معالجات إحصائية بينهما في الشركتين فمتوسط أعمار عينة الحديد والصلب ٤٢,٩، وانحرافها المعياري ٦,٦٥، ومتوسط أعمار عينة النصر للسيارات ٤٠,٧٥، وانحرافها المعياري ٥,٥٠، وكذلك الأمر بالنسبة للخبرة والأجر فمتوسط الأجر في عينة الحديد والصلب ١٨,٦٤ وانحرافه المعياري ٥ وبالنسبة للخبرة فإن متوسط سنوات الخبرة لعينة الحديد والصلب ١١,٥٢ وانحرافها المعياري ٢,٣٦ ومتوسط خبرة عينة النصر للسيارات ١١ وانحرافها المعياري ٣ سنوات.

٤ - ويبين الجدول رقم (٣) توزيع عدد أفراد عينة المرضى السيكوسوماتيين في الشركتين بالنسبة للحالة الاجتماعية.

رقم	الحالة الاجتماعية	السيارات		الحديد والصلب	
		العدد	٪	العدد	٪
١	متزوج	٣٨	٩٥٪	٢٥	١٠٠٪
٢	أعزب	٢	٥٪	—	—
	المجموع	٤٠	١٠٠٪	٢٥	١٠٠٪

(٣) جدول توزيع العينة بالشركتين بالنسبة للحالة الاجتماعية

ويتبين من جدول (٣) عدم اختلاف الحالة الاجتماعية بين أفراد العينة بالشركتين.

٥ ـ ويمثل الجدول رقم (٤) توزيع أفراد العينة بالشركتين على الحالة التعليمية.

رقم	الحالة التعليمية	السيارات		الحديد والصلب	
		العدد	٪	العدد	٪
١	أمـــي	٢٧	٦٧,٥٪	١	٤٪
٢	يقرأ ويكتب	٦	١٥٪	١٩	٧٦٪
٣	ابتدائيـــة	—	—	٤	١٦٪
٤	ثانوية عامـة	٧	١٧,٥٪	—	—
٥	اعداديـة	—	—	١	٤٪
	مجمـــوع	٤٠	١٠٠٪	٢٥	١٠٠٪

(٤) جدول توزيع العينة بالشركتين بالنسبة للحالة التعليمية

ويلاحظ في جدول (٤) زيادة عدد الأميين بشركة النصر للسيارات على عدد الأميين بشركة الحديد والصلب وزيادة نسبة المتعلمين في شركة الحديد والصلب (٢٤ عاملاً) على عدد المتعلمين بشركة النصر للسيارات.

ونشير هنا إلى أنه:

١ ـ بالنسبة لعدم تماثل عدد المتعلمين بالشركتين، فإننا نعتبر أن ذلك لا يؤثر على البحث لأن المقياس مصاغ بألفاظ عامية كما أن تطبيقه على العينتين كان فردياً حيث يقوم الباحث بقراءة الأسئلة على العمال. إلا أن ذلك لا يلغي دور التعليم في الوقاية والعلاج والشفاء.

٢ ـ وهذا يثير تساؤلاً تجيب عليه دراسة أخرى يتم التمييز فيها بين الأميين والمتعلمين من المرضى السيكوسوماتيين لمعرفة هل هناك علاقة بين الأمية وهذه الاضطرابات.

أداة الدراسة: استخدمنا قائمة كورنل Cornell Index للتشخيص السيكاتري والسيكوسوماتي لمؤلفيها وايدر، ولف وآخرين. weider (V) A. wolf H.G. وتقيس تلك القائمة عشرة نواحي يمثل كل ناحية مقياس فرعي وهذه النواحي هي الخوف والاكتئاب، والقلق، وأعراض التنفس، والفزع، والأعراض المعدية، والحساسية والسيكوباتية، ولقد كانت معاملات ثبات المقاييس الفرعية على عينة الحديد والصلب تتراوح بين ٠,١٨ على مقياس الخوف على الصحة إلى ٠,٨٨ على مقياس الأعراض المعدية معوية. أما معامل ثبات القائمة ككل فقد كانت ٠,٩٥ أما بالنسبة لصدق المقياس فقد ميز المقياس بين المرضى السيكوسوماتيين والأسوياء عند مستوى ٠,٠٠١ كما أجرى على المقياس تجربة للفهم اللفظي لتتلاءم عباراته مع مستوى العملا من نتائجها عمل صورة للمقياس باللغة العامية (٣: ١٥٢).

* * *

الفصل الثاني والثلاثون

النتائج ومناقشتها

أولاً: النتائــج

تم تصحيح القائمة باختباراتها الفرعية وحساب دلالة الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين في الشركتين. كما تم حساب العامل العام لاختبارات القائمة في كل شركة على حدة.

وفيما يلي دلالة الفرق والمصفوفة الارتباطية لكل شركة والعامل العام لكل مصفوفة.

١ - ويمثل الجدول رقم (٥) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات كل مجموعة في الشركتين وقيمة اختبار «ت» لحساب دلالة الفرق بينهما على المقياس الفرعية للقائمة.

رقم	المقاييس	السيارات		الحديد والصلب		قيمة	الدلالة
		م	ع	م	ع	ت	
١	الخوف وعدم الكفاية	٥,٤	٣,١٦	٦,٩٨	٣,٣٠	١,٨٢	غير دال
٢	الاكتئاب	٣,٣٧	١,٠٩	٣,٥٤	٢,١٩	٠,٣٩	«
٣	العصبية والقلق	٣,٥٠	١,٤٧	٣,٥٦	١,٥٤	٠,١٦	«

رقم	المقاييس	السيارات		الحديد والصلب		قيمة	الدلالة
		م	ع	م	ع	ت	
٤	أعراض التنفس والدوره الدموية	٣,١٠	١,٧٦	٣,٠٠	١,٧٨	٠,١٩	غير دال
٥	الفـزع	٣,٦٥	١,٩٣	٣,٥٤	٢,٣٤	٠,٢٠	«
٦	الأعراض السيكوسوماتيه	٥,٤٥	١,٩٨	٥,٥٠	٢,٧٩	١,٣٢	«
٧	الخوف على الصحة	٤,٣٠	١,٣٨	٥,١٠	١,٨٩	٢,٣٨	دال عند ٠,٠٥
٨	الأعراض المعدية معـوية	٤,٤٥	٣,٠٢	٥,٦٢	٢,١٦	٥,٦٦	« « ٠,٠٠١
٩	الحساسية والشك	٣,٤٠	٣,٢٤	٤,٦٠	١,٣٨	٣,٩٢	« « ٠,٠٠١
١٠	السيكوباتيـة	٣,٠٥	٢,٥٢	٣,٨٨	١,٨٠	١,٣٨	غيـر دال

جـدول (٥) لدلالة الفرق بين مجموعتين المرضى السيكوسوماتية فى الشركتين

ويلاحظ على الجدول (٥) وجود فرق له دلالة إحصائية بين المرضى السيكوسوماتيين في الشركتين على اختبارات: الخوف على الصحة، الأعراض المعدية معوية، الحساسية والشك، وعدم وجود فرق بين المجموعتين على باقي الاختبارات.

٢ ـ ويوضح الجدول رقم (٦) المصفوفة الارتباطية لدرجات المرضى السيكوسوماتيين في شركة النصر لصناعة السيارات:

الاختبارات	(١)	(٢)	(٣)	(٤)	(٥)	(٦)	(٧)	(٨)	(٩)	(١٠)
١ – الخوف	–	٠,٩١	٠,٥٧	٠,٥٣	٠,٦٠	٠,٥٩	٠,٥٩	٠,٣٨	٠,٨٨	٠,٤٢
٢ – الاكتئاب	٠,٩١	–	٠,٦٦	٠,٢٩	٠,٦٦	٠,١٧	٠,٤٦	٠,١٢	٠,٣٨	٠,٢٥

الاختبارات	(١)	(٢)	(٣)	(٤)	(٥)	(٦)	(٧)	(٨)	(٩)	(١٠)
٣ – العصبية	٠,٥٧	٠,٦٦	–	٠,٠٦	٠,٥٤	٠,٣٩	٠,١٤	٠,٢٣	٠,٤٧	٠,٣٥
٤ – التنفس	٠,٥٣	٠,٢٩	٠,٠٦	–	٠,٣٣	٠,٢٦	٠,٢٩	٠,٠٤	٠,٤٤	٠,٧٢
٥ – الفزع	٠,٦٠	٠,٦٦	٠,٥٤	٠,٣٣	–	٠,٦٤	٠,٢٢	٠,٠٣	٠,٤٨	٠,٠٤
٦ – السيكوسوماتيك	٠,٥٩	٠,١٧	٠,٣٩	٠,٢٦	٠,٦٤	–	٠,٣٩	٠,٤٦	٠,٥٩	٠,٤٢
٧ – الخوف على الصحة	٠,٥٩	٠,٤٦	٠,١٤	٠,٢٩	٠,٢٢	٠,٣٩	–	٠,١٨	٠,٤٩	٠,٠٥
٨ – المعدى معوى	٠,٣٨	٠,١٢	٠,٢٣	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٤٦	٠,١٨	–	٠,٢٧	٠,٨٣
٩ – الحساسية	٠,٨٨	٠,٣٨	٠,٤٧	٠,٤٤	٠,٤٨	٠,٥٩	٠,٤٩	٠,٢٧	–	٠,٤٧
١٠ – السيكوبائية	٠,٤٢	٠,٢٥	٠,٣٥	٠,٧٢	٠,٠٤	٠,٤٣	٠,٠٥	٠,٨٣	٠,٤٧	–

جـدول (٦) المصفوفة الارتباطية بين مقاييس القائمة فى النصر للسيارات

ويلاحظ على المصفوفة الارتباطية بالجدول رقم (٦) ما يلي: ـ

(أ) أن أعلى معامل ارتباطي لمقياس الخوف وعدم الكفاية مع باقي المقاييس هو ٠,٩١ ومع مقياس الاكتئاب كذلك الأمر بالنسبة لمقياس الاكتئاب.

(ب) أن مقياس العصبية والقلق يرتبط أعلى ارتباط بمقياس الاكتئاب يصل إلى ٠,٦٦.

(جـ) أن مقياس أعراض التنفس والدورة الدموية يرتبط أعلى ارتباط بمقايس السيكوباتية ويصل ذلل إلى ٠,٧٢.

(د) أن مقياس الفزع يرتبط أعلى ارتباط بمقياس الاكتئاب ويصل ذلك إلى ٠,٦٦.

(هـ) أن مقياس الأعراض السيكوسوماتية يرتبط أعلى ارتباط بمقياس الفزع ويصل ذلك إلى ٠,٦٤.

(و) أن مقياس الخوف على الصحة يرتبط أعلى ارتباط بمقياس الخوف وعدم الكفاية ويصل ذلك إلى ٠,٥٩.

(ز) أن مقياس الأعراض المعدية معوية يرتبط أعلى ارتباط بمقياس السيكوباتية ويصل ذلك إلى ٠,٨٣ .

(ح) أن مقياس الحساسية والشك يرتبط أعلى ارتباط بمقياس الخوف وعدم الكفاية ويصل ذلك إلى ٠,٨٨ .

٣ ـ كما يبين الجدول (٧) المصفوفة الارتباطية لعينة الحديد والصلب على مقاييس القائمة :

الاختبارات	(١)	(٢)	(٣)	(٤)	(٥)	(٦)	(٧)	(٨)	(٩)	(١٠)
١ – الخوف	–	٠,٤٤	٠,٨٠	٠,٥٧	٠,٧٧	٠,٥٩	٠,٥٢	٠,٠٥	٠,٤٧	٠,١٦
٢ – الاكتئاب	٠,٤٤	–	٠,٤٣	٠,١٧	٠,٣٠	٠,٣١	٠,٤٧	٠,١٣	٠,٣٣	٠,٣٢
٣ – العصبية	٠,٨٠	٠,٤٣	–	٠,٣٧	٠,٥٢	٠,٤٤	٠,٣٦	٠,٠٧	٠,٥٢	٠,٣٧
٤ – التنفس	٠,٥٧	٠,١٧	٠,٣٧	–	٠,٥٤	٠,٦٣	٠,٥١	٠,٠٨	٠,١٥	٠,٠٣
٥ – الفزع	٠,٧٧	٠,٣٠	٠,٥٢	٠,٥٤	–	٠,٦٧	٠,٥١	٠,١١	٠,٢٧	٠,٠٢
٦ – السيكوسوماتيك	٠,٥٩	٠,٣١	٠,٤٤	٠,٦٣	٠,٦٧	–	٠,٨٧	٠,٤٢	٠,٣٠	٠,٠٠
٧ – الخوف على الصحة	٠,٥٢	٠,٤٧	٠,٣٦	٠,٥١	٠,٥١	٠,٨٧	–	٠,٢٧	٠,٠٧	٠,٠٠
٨ – الجهاز المعدى	٠,٠٥	٠,١٣	٠,٠٧	٠,٠٨	٠,١١	٠,٤٢	٠,٢٧	–	٠,١٦	٠,٠٧
٩ – الحساسية	٠,٤٧	٠,٣٣	٠,٥٢	٠,١٥	٠,٢٧	٠,٣٠	٠,٠٧	٠,١٦	–	٠,٣٥
١٠ – السيكوباتية	٠,١٦	٠,٣٢	٠,٣٧	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٧	٠,٣٥	–

جـــدول (٧) المصفوفة الارتباطية لمقاييس القائمة فى شركة الحديد والصلب

ويلاحظ على الجدول رقم (٧) ما يلي : ـ

(أ) أن مقياس الخوف يرتبط أعلى ارتباط بمقياس العصبية ويصل ذلك إلى ٠,٨٠ .

(ب) أن مقياس الاكتئاب يرتبط أعلى ارتباط بمقياس الخوف على الصحة ويصل ذلك إلى ٠,٤٧ .

(جـ) أن مقياس التنفس يرتبط أعلى ارتباط بمقياس الخوف ويصل ذلك إلى ٠,٧٧ .

(د) أن مقياس الفزع يرتبط أعلى ارتباط بمقياس الخوف ويصل ذلك إلى ٠,٧٧ .

(هـ) أن مقياس الأعراض السيكوسوماتية يرتبط أعلى ارتباط بمقياس الخوف على الصحة ويصل ذلك إلى ٠,٨٧ .

(و) أن مقياس الأعراض المعدية يرتبط أعلى ارتباط بمقياس الأعراض السيكوسوماتية ويصل ذلك إلى ٠,٤٢ .

(ز) أن مقياس الحساسية والشك يرتبط أعلى ارتباط بمقياس العصبية والقلق ويصل ذلك إلى ٠,٥٢ .

(ح) أن مقياس السيكوبائية يرتبط أعلى ارتباط بمقياس العصبية والقلق ويصل ٥لك إلى ٠,٣٧ .

٤ ـ ولقد تم استخلاص العامل العام الذي يشيع بين ارتباطات مصفوفة عينة شركة النصر والسيارات، وفيما يلي هذه التشبعات:

١ ـ الخوف وعدم الكفاية	٠,٩٤
٢ ـ الحساسية والشك	٠,٧٨
٣ ـ الاكتئاب	٠,٧١
٤ ـ الأعراض السيكوسوماتية	٠,٦٧
٥ ـ السيكوباتية	٠,٦٠
٦ ـ الفزع	٠,٦٢
٧ ـ العصبية والقلق	٠,٦٠
٨ ـ أعراض التنفس والدورة الدموية	٠,٥٦

٩ ـ الخوف على الصحة	٠,٥١
١٠ ـ أعراض الجهاز المعدي معوي	٠,٥٠

ونجد فيما سبق أن مقياس الخوف وعدم الكفاية ومقياس الحساسية والشك حصلا على أكبر تشبع وهو بالترتيب ٠,٩٤، ٠,٧٨.

٥ ـ وفيما يلي التشبع على العامل العام بالنسبة لشركة الحديد والصلب:

١ ـ الأعراض السيكوسوماتية	٠,٨٥
٢ ـ الخوف وعدم الكفاية	٠,٨٣
٣ ـ الخوف على الصحة	٠,٧٥
٤ ـ الفزع ٠,٧٥.	٠,٧٥
٥ ـ العصبية والقلق	٠,٧١
٦ ـ أعراض التنفس والدورة الدموية	٠,٥٩
٧ ـ الاكتئاب ٠,٥٧.	٠,٥٧
٨ ـ الحساسية والشك	٠,٤٨
٩ ـ السيكوباتية	٠,٣٢
١٠ ـ أعراض الجهاز المعدي معوي	٠,١٩

ويلاحظ على التشبع بالعامل العام في استجابات المجموعتين بالشركتين على القائمة اختلاف ترتيب المقاييس في المجموعتين فنجد اختباري الخوف والحساسية على قمة ترتيب المقاييس في النصر للسيارات بينما نجد أن اختباري الأعراض السيكوسوماتية والخوف على قمة ترتيب الاختبارات بشركة الحديد والصلب.

٦ ـ وقد أردنا للتأكد من وجود نفس الفرق الذي يكون في عينتي المجموعتين من المرضى السيكوسوماتيين كما في الجدول رقم (٥) أي وجود فرق في شدة الاستجابة كما تبدو في درجات المقياس بين الأسوياء والمماثلين لعينة المرضى في كل من الشركتين على حدة في كافة

الخصائص من حيث المهنة والتعليم والحالة الاجتماعية والعمر، وفيما يلي دلالة الفرق بين الأسوياء في الشركتين.

رقم	المقاييس	سيارات		حديد وصلب		قيمة	الدلالــة
		م	ع	م	ع	ت	
١	الخوف وعدم الكفاية	١,٨	١,٦٨	٢,٦٠	١,٢٠	١,٩٥	غير دال
٢	الاكتئاب	١,٨٧	١,٥١	١,٤٠	٠,٩٦	٠,٣١	» »
٣	العصبية والقلق	١,٤٢	١,٤٩	٠,٩٤	٠,٩١	٠,٤١	غير دال
٤	أعراض التنفس والدورة الدموية	١,٣٧	١,٣٥	٠,٩٨	١,٠٢	١,١٨	» »
٥	الفــزع	١,٧٠	١,٣٦	٠,٩٠	٠,٧٤	٢,٥٥	دال عند ٠٥,
٦	الأعراض السيكوسوماتية	١,٢٢	١,٥٨	١,٤٨	١,٥٣	٠,٦٢	غير دال
٧	الخوف على الصحة	١,٤٧	١,٤٤	٠,١٤	٠,٨٨	١,٠٠	» »
٨	الأعراض المعديه معويه	١,٦٠	١,٥٠	١,٣٢	١,٥٩	٠,٦٨	» »
٩	الحساسية والشك	١,٥٨	١,٤٨	٣,٢٠	١,١٢	٤,٥٠	دال عند ٠,٠١
١٠	السيكوباتيــة	١,٧٠	١,٣٣	١,٤٠	١,٨٢	٠,٧٣	غير دال

جــدول (٨) دلالة الفرق بين الأسوياء فى الشركتين

ونجد في الجدول رقم (٨) أن هناك فرقاً له دلالة إحصائية بين المجموعتين على اختباري الفزع والحساسية والشك.

ثانياً: مناقشة النتائج

(١) أجابت نتائج الدراسة على الفرض السابق طرحه وهو أن ظروف العمل المختلفة من صناعة لأخرى وهي الحرارة والأتربة والغازات تؤثر في شدة الاستجابة على قائمة كورنل سواء كان ذلك بالنسبة للمرضى السيكوسوماتيين أو بالنسبة للأسوياء في الشركتين ويتضح ذلك فيما يلي: -

(أ) أن متوسط درجات عينة الحديد والصلب أعلى من متوسط درجات عينة النصر للسيارات على جميع مقاييس القائمة العشرة ما عدا مقياس أعراض التنفس والفزع.

(ب) حتى في المقاييس الثلاثة التي ميزت تمييزاً دالاً بين المجموعتين في الشركتين نجد أن متوسط الدرجات عليها يشير إلى أن شدة الاستجابة لدى مجموعة الحديد والصلب أعلى من مجموعة النصر للسيارات فمتوسط درجة مقياس الخوف على الصحة ٥,١٠ في الحديد والصلب، ٤,٣٠ في النصر للسيارات ومتوسط درجة مقياس الأعراض المعدية ٥,٦٢ في عينة الحديد والصلب، ٤,٤٥ في عينة النصر للسيارات وفي مقياس الحساسية والشك نجد أن متوسط درجات عينة الحديد والصلب ٤,٦٠، ومتوسط درجات عينة النصر للسيارات ٣,٤٠.

(جـ) ونخرج مما سبق إلى أن الشدة في الاستجابة لظروف العمل تبدو لدى عينة الحديد والصلب أكثر من عينة النصر للسيارات في درجاتهما على مقاييس كورنل التي تقيس النواحي العصابية والسيكوسوماتية.

(د) بالإضافة للناحية السابقة فإننا نستطيع القول بأن عينة الحديد والصلب ونتيجة لظروف العمل الصعبة فيها تنخفض لدى العاملين بها درجة الصحة النفسية اختلافاً دالاً، وذلك بالنسبة لنظرائهم في عينة النصر للسيارات والذين يتمتعون بقدراً أعلى من الصحة النفسية عنهم نظراً لظروف عملهم الأحسن وإن كانت المجموعتين من المرضى.

(٢) بالنظر لتشبعات درجات كل من العينتين من المرضى في

الشركتين على مقاييس القائمة، فإننا نستطيع أن نرى أن العامل الذي يشيع في عينة شركة النصر لصناعة السيارات هو عامل الخوف وعدم الكفاية وهو المقياس الذي حصل على أعلى تشبع وهو عامل يدخل في فئة العصاب. أما العامل الذي يشيع بين عينة شركة الحديد والصلب فهو عامل الأعراض السيكوسوماتية، وهو المقياس الذي حصل على أعلى تشبع وهو يدخل في فئة الاضطرابات السيكوسوماتية، والاضطراب السيكوسوماتي درجة أشد وأعلى من العصاب فالجهاز العصبي الذي يعمل هو الجهاز الإرادي أما في العصاب فهو الإرادي كذلك فإن القلق في الاضطراب السيكوسوماتي يكون موجوداً أما في العصاب فيكون القلق هائماً طليقاً (٣: ١١٠).

(٣) بالنسبة للفروق في الاستجابة في عينة الأسوياء بالشركتين تشير النتائج إلى أن متوسط الدرجة في سبع اختبارات يشير إلى أن شدة الاستجابة في النصر للسيارات أعلى منها في الحديد والصلب وهذه الاختبارات السبعة هي:

الاكتئاب - العصبية والقلق - أعراض التنفس - الفزع - الخوف على الصحة - الأعراض المعدية معوية - السيكوباتية. ويوجد اختبار واحد هو اختبار الفزع وهو الذي يميز بين العينتين في الشركتين. أما الاختبارات التي يشير المتوسط فيها إلى شدة الاستجابة في الحديد والصلب أكثر من النصر للسيارات فهي الخوف وعدم الكفاية - الأعراض السيكوسوماتية - الحساسية والشك. ويوجد بينها مقياس واحد هو الحساسية والشك والذي يميز تمييزاً دالاً بين العينتين في الشركتين.

ثالثاً، الخلاصة: تؤثر ظروف العمل القاسية في صناعة الحديد والصلب في الصحة النفسية للعاملين بها، عن العاملين بشركة النصر للسيارات ويظهر ذلك في صورة درجة عالية من الخوف والحساسية والشك والأوجاع المركزة في المعدة والمتمثلة في فقد الشهية للطعام والأعراض السيكوسوماتية الأخرى كالصداع النصفي وضغط الدم والربو والتهابات

المفاصل.... الخ وفي ضوء هذه الدراسة يجب إعادة النظر في أنظمة ولوائح العمل الخاصة بالأجور والحوافز والإجازات بحيث تتسق مع ظروف العمل بكل شركة.

المراجع

١ ـ ألفت حقي ـ النتائج السيكولوجية لتعرض العمال لغاز ثاني كبريت الكربون في الصناعة ـ رسالة دكتوراه غير منشورة بآداب عين شمس تحت إشراف دكتور السيد محمد خيي ١٩٧٤.

٢ ـ فرج طه ـ قراءات في علم النفس الصناعي ـ مكتبة سعيد رأفت ـ ١٩٧٣.

٣ ـ محمود السيد أبو النيل ـ علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة ورسالة دكتوراه غير منشورة بآداب عين شمس تحت إشراف دكتور السيد محمد خيري ـ ١٩٧٢.

4 - Ghiselli, E.E & C.W. Brown, Personell and Industrial Psychology, Mc Graw Hill Book Comp., 1955.

5 - Maier N., Psychology In Industry, Houghton Mifflin Company, 1946.

6 - Tiffin & Mecormick, Industrial Psychology. George Allen & Unwin Lltd. London. 1969, p. 474, 563.

7 - Weider Arthur & other, Cornell Index, Manual Revised, Psychological corporation, New Yourk., 1949.

الباب الثاني عشر

الدراسة السادسة

العلاقة بين المستوى الاقتصادي للطالب الجامعي والنواحي الانفعالية والسيكوسوماتية (*)

الفصل الثالث والثلاثون: هدف الدراسة والفروض والخطة والعينة والأدوات.

الفصل الرابع والثلاثون: النتائج وتفسيرها ومناقشتها.

(*) فصلة للمؤلف منشورة في حوليات كلية الآداب جامعة عين شمس العدد الرابع عشر ـ ١٩٧٤.

الفصل الثالث والثلاثون

هدف الدراسة والفروض والخطة والعينة والأدوات

الهدف: يعتبر العامل الاقتصادي من العوامل الهامة التي يجب دراستها لدوره الكبير في توافق الطالب الدراسي. إذ أنه لمما لا شك فيه أن الطالب الذي ينتمي لمستوى اقتصادي منخفض يلاقي صعوبات في الاستمرار في الدراسة (هولنجشيد Hollingshead في دراسته على شباب المتون Elmtown's Youth) والتحصيل العلمي بينما الطالب الذي ينتمي لمستوى اقتصادي مرتفع يكون في متناوله الإمكانيات التي تدفعه للتقدم والتفوق في الدراسة، ولسنا بذلك ننكر ما للعوامل النفسية كالذكاء والشخصية من أثر كبير أيضاً في ذلك.

وفي نطاق موضوع هذه الدراسة أجريت العديد من الدراسات والبحوث على الأطفال وطلبة الكليات الجامعية، واستخدمت في هذه الدراسات العديد من الاختبارات والمقاييس.

ومن الدراسات التي تؤكد علاقة المستوى الاقتصادي بالنواحي الانفعالية دراسة أجريت على مقاييس فينلاند Vineland للنضج الاجتماعي اتضح فيها أن أطفال المدارس ذوي المكانة الاجتماعية المنخفضة أكثر عصابية، ويتسمون بعدم الأمن الانفعالي وبالاستثارة وذلك بدرجة دالة إحصائياً عن ذوي المكانة الاجتماعية المرتفعة، ولقد وجد سيمز Sims في بحث له عن العلاقة بين الطبقة الاجتماعية والتوافق الشخصي لدى مجموعة من طلبة الكليات والمدارس العليا (مجلة علم النفس الاجتماعي. Jour. of Social psycholo العدد ٤٠ لسنة ١٩٥٤) أن قائمته الخاصة بتحديد الطبقة

الاجتماعية Index of Social Class Indentification قد ارتبطت ارتباطاً موجباً بالتوافق الاجتماعي كما يقاس باختبار التوافق لبل Bell وفي اختبار الشخصية لبنررويتر Bernreuter اتضح أن أفراد الطبقة الاجتماعية المرتفعة أقل عصابية بمستوى دال وأكثر كفاية وأكثر سيطرة من أفراد الطبقة الاجتماعية المنخفضة. ولم تقتصر هذه الدراسة على استخدام اختبارات الشخصية السالفة الذكر والتي تقتصر على كشف الجانب الشعوري بل استخدمت أيضاً الاختبارات الإسقاطية ففي دراسة على عينات صغيرة من طلبة هارفارد استخدمت هذه الاختبارات فوجدت فروقاً في خصائص الشخصية بين أفراد الطبقة المتوسطة والعليا. وتعتبر أهم هذه الدراسات جميعاً تلك التي قام فيها جوخ Gough، بتصميم مقياس للشخصية يرتبط بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي بين مجموعة من ٢٢٣ طالباً من طلبة الدراسات العليا أخذت مجموعتان الأعلى، والأقل من حيث الطبقة الاجتماعية وذلك على أساس موضوعي. وبتحليل استجابات المجموعتين على اختبار الشخصية المتعدد الأوجه M.M.P,I, المكون من ٥٥٠ عبارة اتضح أن هناك ٣٤ عبارة هي التي ميزت تمييزاً دالاً بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي. وباختبار وفحص هذه العبارات وجد أن الطلبة ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع ذوي اهتمامات فنية وأكثر ثقة في النفس وفي الآخرين، وأقل مخاوفاً وقلقاً وذوي اتجاهات متفتحة وحرة في الأخلاق والدين وشؤون الجنس (١ : ٨٣). ويتضح لنا مما سبق أن هذه الدراسات قد اقتصر على بحث الجانب الانفعالي وعلاقته بالمستوى الاقتصادي ولم تتعرض للنواحي السيكوسوماتية وتحاول هذه الدراسة تغطية هذا الجانب في حدود ما تقيسه قائمة كورنل Cornell Index.

الفرض: وتطرح هذه الدراسة فرضاً نتوقع فيه أن يكون هناك فرقاً له دلالة إحصائية على قائمة كورنل بين الطلبة الجامعيين في السنة الأولى بقسم علم النفس والاجتماع بكلية الآداب جامعة عين شمس ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع وبين الطلبة ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض.

خطة الدراسة، سارت خطة الدراسة وفقاً لما يلي:

(١) تطبيق قائمة كورنل على مجموعة من طلبة السنة الأولى بقسم علم النفس والاجتماع قبل إلقاء كثير من المحاضرات عليهم في مجال التخصص.

(٢) معرفة دخل الوالد بالنسبة لكل طالب وطالبة.

(٣) استخدام أسلوب الربيع الإحصائي في تحديد الطلبة الذين ينتمون لآباء دخلهم مرتفع (الربيع الأعلى) والطلبة الذين ينتمون لآباء دخلهم منخفض (الربيع الأدنى).

(٤) إجراء التحليلات الإحصائية على درجات المجموعتين على قائمة كورنل باستخدام اختبار «ت» وذلك بالنسبة للطلبة والطالبات المرتفعي الدخل وبينهم وبين الطلبة والطالبات المنخفضي الدخل ثم بعد ذلك بالنسبة لكل من الطلبة والطالبات على حدة.

(٥) حساب ثبات قائمة كورنل بالنسبة لمجموعة الطلبة والطالبات معاً وبالنسبة لكل مجموعة على حدة.

(٦) مناقشة النتائج والتعليق عليها.

اختيار العينة:

بلغ عدد الطلبة الذين طبقت عليهم قائمة كورنل ١٠٣ طالباً منهم ٧٤ طالبة، ٢٩ طالباً وقد يشير الرقمان الأخيران إلى عدم تناسب العدد في الفئتين إلا أن هذان الرقمان يدلان دلالة صادقة على نسبة عدد الطلبة إلى عدد الطالبات في قسم علم النفس والاجتماع بوجه عام وفي السنة الأولى بوجه خاص. وقد تم حساب الربيع الأعلى والأدنى لدخل مجموعة الطلبة والطالبات ككل، ثم لمجموعة الطالبات والطلبة كل على حدة وذلك بالنسبة لدخل الوالد سواء كان مرتباً يتقاضاه عن عمل أو دخلاً من عمل حر أو مرتباً بالإضافة لدخل من أرض أو عقار. ويوضح الجدول رقم (١) قيمة

كل من الربيع الأعلى والأدنى في المجموعات الثلاث وعدد الطلبة والطالبات في كل مجموعة:

الأسلوب الإحصائي	الطلبة والطالبات	العدد	الطالبات	العدد	الطلبة	العدد
الربيع الأعلى	٤٥,٥	٢١	٦٨	٢٤	٤٨	٨
الربيع الأدنى	٢٣	٣٦	٣١	٢٤	٢٧	٧
العـــــدد	٥٧	٥٧	٤٨	٤٨	١٥	١٥

جـــــدول رقـــم (١)

ويتضح من الجدول رقم (١) أن الربيع الأعلى في الدخل بالنسبة للطلبة والطالبات ٤٥,٥ جنيهاً مصرياً وعدد الطلبة والطالبات الذين يبلغ دخل أولياء أمورهم هذا المستوى فما فوق ٢١ طالباً وطالبة كما أن الربيع الأدنى في الدخل بالنسبة لنفس الفئة ٢٣ جنيهاً مصرياً وعدد الطلبة والطالبات الذين يبلغ دخل أولياء أمورهم هذا المستوى أقل ٣٦ طالباً وطالبة كما يتضح من الجدول السابق أيضاً أن الربيع الأعلى في الدخل بالنسبة للطالبات ٦٨ جنيهاً مصرياً وعدد الطالبات اللاتي يبلغ دخل أولياء أمورهن هذا المستوى فما فوق ٢٤ طالبة كما أن الربيع الأدنى في الدخل بالنسبة لنفس الفئة ٣١ جنيهاً مصرياً فما أقل وعدد الطالبات اللاتي يبلغ دخل أولياء أمورهم هذا المستوى في أقل ٢٤ طالبة. وأخيراً يتضح من الجدول أن الربيع الأعلى في الدخل بالنسبة للطلبة ٤٨ جنيهاً فما فوق وعدد الطلبة الذين يبلغ دخل أولياء أمورهم هذا المستوى فما فوق ٨

طلبة، كما أن الربيع الأدنى في الدخل بالنسبة لنفس الفئة ٢٧ جنيهاً وعدد الطلبة الذين يبلغ دخل أولياء أمورهم هذا المستوى في أقل ٧ طلبة.

الأدوات:

استخدمت قائمة كورنل لمعرفة النواحي الانفعالية والسيكوسوماتية لدى كل من الطلبة والطالبات المرتفعين في الدخل والمنخفضين فيه. ولقد أوضحت الكثير من الأبحاث مكانة هذا الاختبار والتي تركزت في القيمة المستخلصة منه في أن الطبيب في الأقسام الطبية يمكنه استخدام الاختبار لتحديد أي الموظفين والطلبة يحتاج لإرشاد وتوعية نتيجة لاضطرابه انفعالياً أو انخفاض روحه المعنوية المرتبطة بسوء التوافق. كما تكمن القيمة الأخرى لهذا الاختبار فيما ذكره مؤلفوه من أنه باستخدام الاختبار يتوفر الحصول على بيانات مقننة عن توافق الشخصية يمكن إخضاعها وتناولها بالتحليل الإحصائي. والدليل على القيمة التي تكمن في هذا الاختبار تتضح في البحوث المستمرة التي تنشر عنه تباعاً وتؤكد قيمته كالبحوث التي قام بها برودمان وإردمان، وولف وإردمان عامي ١٩٥٦، ١٩٥٩ والتي جاءت بعد البحوث الأولى بثلاثة عشر عاماً (١٩٤٦) حيث أكدوا في هذه البحوث قيمة الاختبار في التشخيص الأكلينيكي كذلك فإن الأبحاث التي أجريت بعد ذلك بحوالي عشر سنوات أيضاً على يد أبراسمون وترسبولسكي وبروك عام ١٩٦٥ أكدت قيمة الاختبار كمقياس للكشف عن الأعراض الجسمية والانفعالية (١١ : ١).

وفي بحث لابرامسون عام ١٩٦٦ أكد صدق الاختبار باستخدام تقديرات الأكلينيكيين لكنه كان أقل فائدة في المقارنة بين الصفحة النفسية لدى أبناء الثقافات المختلفة. وفي دراسة لآرثر وجندرسون وريتشاردسون عام ١٩٦٦ على جنود البحرية وجدوا أن الدرجة ١٥ على الاختبار قد ميزت بين المرضى السيكاتريين الذين داخل المستشفى وبين الأسوياء.

كما قام جندرسون وآرثر عام ١٩٦٩ بتنمية مقياس مختصر للمقياس

الأصلي (١٩٥ سؤالاً) ليسهل استخدامه في التشخيص الأكلينيكي على المتقدمين للحبرية فطبقوا المقياس على ٦٣٠ مريضاً سيكاتريا بالمستشفى وعلى ٤٥٤ من الأسوياء وتساوت المجموعتان في العمر والدرجة العسكرية ثم أجروا دراسات على الوحدات المميزة بإجراء الارتباطات بينها وبين أحكام السيكاتريين المتعلقة بالمواءمة للقيام بالخدمة العسكرية (٧: ١٠٠).

(أ) أصل الاختبار:

اقتبسه وعربه إلى اللغة العامية القائم بهذه الدراسة عن الأصل الأمريكي الصورة N. 2 كما أجرى عليه في مجال العمال الصناعيين تجربة للفهم اللفظي تبعها وضع العبارات الشائعة القريبة من فهم العمال. وفي هذه الدراسة عدلت بعض العبارات لتلائم الطلبة.

(ب) وحدات الاختبار:

يتكون الاختبار من ١٠١ عبارة تقيس عشر عوامل انفعالية وسيكوماتية وقد اختار مؤلفوا الاختبار وحداته من الصورة N للقائمة على أساس تحليل الوحدات وتحديد النسب الفاصلة والقيم الصادقة. وتقع الأسئلة في مجموعتين: تلك التي تميز تمييزاً فاصلاً وحاداً بين الأشخاص الذين لديهم اضطرابات خطيرة في الشخصية والأشخاص الذين لا توجد لديهم هذه الاضطرابات، وتلك الخاصة بالأعراض الجسمية الهامة. وكان عدد العبارات في الصورة الأولى N ٦٤ عبارة أضيفت إليها ٣٦ عبارة أجرى عليها نفس التقنينات التي أجريت على العبارات الأصلية وذلك لكي يتلائم مع الاستخدام في الجيش كما أضيفت إليه عبارة واحدة تمهيدية. وفي نهاية الحرب عدلت العبارات لتتلائم في استخدامها مع المدنيين.

ويوضح الجدول رقم (٢) كل عامل وعدد ورقم العبارات التي يقيسها كل عامل من هذه العوامل.

العوامل	الوحـــدات	عدد العبارات	رقم العبارات
١	الخوف وعدم الكفاية	١٨	٢ – ١٩
٢	الاكتئاب	٧	٢٠ – ٢٦
٣	العصبية والقلق	٧	٢٧ – ٣٣
٤	التنفس والدورة	٥	٣٤ – ٣٨
٥	الفـــزع	٨	٣٩ – ٤٦
٦	الأعراض السيكوسوماتية	١٥	٤٧ – ٦١
٧	الخوف على الصحة	٧	٦٢ – ٦٨
٨	الجهاز المعدى معوى	١١	٦٩ – ٧٩
٩	الحساسية والشك	٨	٨٠ – ٨٧
١٠	السيكوباتية	١٤	٨٨ – ١٠١
السؤال	التمهيدى	١	١

جـــدول رقـــم (٢)

(جـ) ثبات الاختبار:

يمثل الجدول رقم (٣) الثبات النصفي للدرجات بالنسبة للمجموعة الكلية من الطلبة والطالبات والثبات النصفي للطالبات والثبات النصفي بالنسبة لمجموعة الطلبة، وقد استخدم معامل ارتباط بيرسون للقيم الخام للحصول على الارتباط بين نصفي الاختبار والذي صحح بمعادلة سبيرمان براون:

		طلبة وطالبات		طالبات		طلبة	
رقم	المقاييس الفرعية	الارتباط	الثبات	الارتباط	الثبات	الارتباط	الثبات
١	الخوف وعدم الكفاية	٠,٦٣١	٠,٧٧	٠,٤٥٨	٠,٦٣	٠,٧٧٦	٠,٨٨
٢	الاكتئـاب	٠,٤٣٥	٠,٦١	٠,١٦١	٠,٢٨	٠,٦٣٣	٠,٧١
٣	العصبية والقلـق	٠,٣٢٥	٠,٥٠	٠,٢٧٠	٠,٤٣	٠,٣٣٢	٠,٥٠
٤	التنفس والدوزة الدموية	٠,٤٤٧	٠,٦١	صفر	صفر	٠,٤٦٩	٠,٦٤
٥	الفـزع	٠,٩٢٨	٠,٩٦	٠.٥١٤	٠,٦٨	٠,٦٦٠	٠,٨٠
٦	الأعراض السيكوسوماتية	٠,٤٤٧	٠,٦٢	٠,٢٨٤	٠,٤٤	٠,٥٣١	٠,٦٩
٧	الخوف على الصحة	٠,١٤٨	٠,٢٣	صفر	صفر	٠,٠٧٠	٠,١٣
٨	الجهـاز المعدى معوى	٠,٦٦٨	٠,٠٨٠	٠,٣٩٢	٠,٥٦	٠,٦٥٣	٠,٧٩
٩	الحساسية والشك	٠,٢٤٧	٠,٤٠	٠,٠١٣	٠,٢٣	٠,٢٦٢	٠,٤١
١٠	السيكوباتيـة	٠,٢٢٩	٠,٣٧	٠,٢٦٢	٠,٤١	صفر	صفر
١١	المقياس الكلـى	٠,٧٢٦	٠,٨٤	٠,٣٠٠	٠,٤٦	٠,٨٧٥	٠,٩٤

جـدول رقـم (٣)

ونـلاحظ في الجدول رقم (٣) أن جميع الاختبارات الفرعية للقائمة تتمتع بثبات مرتفع وذلك بالنسبة للطلبة والطالبات معاً ما عدا اختبارات الخوف على الصحة والحساسية والشك، والسيكوباتية. أما بالنسبة للطالبات فقد اختلف الأمر تماماً حيث لا يوجد سوى ثلاث اختبارات فقط هي التي تتمتع بثبات عالٍ وهي الخوف وعدم الكفاية والفزع والجهاز المعدي معوي أما باقي الاختبارات فإن ثباتها منخفض جداً.

أما بالنسبة لمجموعة الطلبة فإن جميع الاختبارات تتمتع بثبات عالٍ ولا يوجد سوى ثلاث اختبارات فقط هي التي ينخفض فيها قيمة معامل الثبات وهي الخوف على الصحة والحساسية والشك والسيكوباتية. وبالنسبة لثبات المقياس ككل فإنه بالنسبة للمجموعتين معاً. وكما يتضح في الجدول فإنه يصل إلى ٠,٨٤ وبالنسبة للطالبات يصل إلى ٠,٤٦.

وبالنسبة للطلبة إلى ٠,٩٤ وقد شجعنا ذلك على مواصلة استخدام المقياس رغماً من انخفاض بعض مقاييسه خاصة بالنسبة للطالبات.

الفصل الرابع والثلاثون

النتائج وتفسيرها ومناقشتها

أولاً: النتائج

(أ) النتائج المتعلقة بالطلبة والطالبات ككل:

يوضح الجدول رقم (٤) المتوسط والانحراف المعياري لدرجات المجموعتين والفرق بينهما كما يعبر عنه باستخدام اختبار «ت» واتجاه هذا الفرق ودلالته:

رقم	المقاييس الفرعية	المرتفعة الدخل		المنخفضة الدخل		ت	الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١	الخوف وعدم الكفاية	٧,٨٦	٢,٣٤	٨,٣٣	٢,٩٤	٠,٦٨	ليس له دلالة	في صالح المنخفضة
٢	الاكتئاب	٤,١٠	١,٨٨	٤,٠٦	١,٨٤	٠,٠٢	»	في صالح المرتفعة
٣	العصبية والقلق	٢,٣٦	١,٣٠	٢,٩٤	١.٨٤	١,٣٨	»	في صالح المنخفضة
٤	التنفس والدورة الدموية	٢,٧٢	١,٤٠	٢,٩٦	١,٢٨	٠,٧٥	»	»
٥	الفزع	٤,٢٧	١,٧٠	٤,٥٢	٢,٠٠	٠,٥٦	»	»

رقم	المقاييس الفرعية	المرتفعة الدخل		المنخفضة الدخل		ت	الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
٦	الأعراض السيكوسوماتية	٣,٥٦	١,٧٤	٤,٧٤	١,٧٠	٢,٦٨	دال عند ٠,٠١	في صالح المنخفضة
٧	توهم المرض	٢,٠٥	١,٣٣	٢,٦١	١,٥٢	١,٥٥	ليس له دلالة	في صالح المنخفضة
٨	الأعراض المعدية	٣,٧٢	٢,٤٠	٢,٧٨	١,٤٢	٢,٠٤	دال عند ٠,٠٥	في صالح المرتفعة
٩	الحساسية والشك	٥,٥٦	١,٤٠	٥,٥٤	١,٣٥	٠,٠٠١	ليس له دلالة	في صالح المرتفعة
١٠	السيكوباتية	٣,٤٨	١,٩٥	٣,٧٢	١,٩٥	١,٦٠	«	في صالح المنخفضة
١١	المقياس الكلي	٣٥,٠٠	١٠,٠٠	٣٦,٥٠	١٣,٠٥	٠,٩٠	«	«

جدول رقم (٤)

ويتبين من الجدول رقم (٤) أن جميع المقاييس الفرعية لقائمة كورنل لا تميز تمييزاً دالاً بين المجموعتين أي أنه لا يوجد فرق دال بين المجموعتين في كافة المقاييس ما عدا مقياسي: الأعراض السيكوسوماتية والأعراض المعدية معوية (رقم ٦، ٨) إذ يتضح فيهما زيادة الاضطراب لدى المجموعة المنخفضة الدخل عن المجموعة المرتفعة الدخل وذلك بشكل دال من الناحية الإحصائية وذلك بالنسبة لمقياس الأعراض السيكوسوماتية أما مقياس الأعراض المعدية معوية فيتضح فيه زيادة الاضطراب بشكل دال لدى الطلبة المرتفعي الدخل عن الطلبة المنخفضي الدخل.

إلا أننا ـ مع هذا ـ يجب أن لا نغفل الفرق في المتوسط واتجاه هذا الفرق وإن لم يكن دالاً من الناحية الإحصائية فاتجاه هذا الفرق يعطي مؤشرات يجب عدم إغفالها. فنجد أن المجموعة المنخفضة الدخل أكثر

اضطراباً من المجموعة المرتفعة الدخل (كما يشير المتوسط) في مقاييس الخوف وعدم الكفاية والعصبية والقلق، والتنفس والدورة الدموية والفزع وتوهم المرض والسيكوباتية والدرجة الكلية أيضاً هذا بالإضافة إلى المقياس الدال (رقم ٦)، أما المجموعة المرتفعة الدخل فهي أكثر اضطراباً في مقياس الاكتئاب والحساسية والشك والأعراض المعدية معوية المقياس الدال (رقم ٨).

(ب) النتائج المتعلقة بالطلبة:

كما تم أيضاً حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمجموعتين المرتفعة الدخل والمنخفضة الدخل من الطلبة وتطبيق اختبار «ت» ويوضح الجدول رقم (٥) هذه النتائج وقيمته «ت» ومستوى الدلالة واتجاه الفرق.

رقم	المقاييس الفرعية	المجموعة المرتفعة ن = ٨		المجموعة المنخفضة ن = ٧		« ت »	الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١	الخوف وعدم الكفاية	٧,٠٠	٢,١٨	٨,١٤	٣,٥٢	٠,٧٢	ليس له دلالة	في صالح المنخفضة
٢	الاكتئاب	٣,٣٧	٢,٢٢	٤,١٤	١,٨٨	٠,٧٠	«	«
٣	العصبية والقلق	٣,١٢	١,١٦	٣,٧٠	١,٣٨	٠,٨٣	«	«
٤	التنفس والدورة الدموية	١,٣٧	١,٣١	١,٧٠	١,٤٨	٠,٤٤	«	«
٥	الفـزع	٤,١٢	١,٩٠	٤,٠٠	١,١٩	٠,١٤	«	في صالح المرتفعة
٦	الأعراض السيكوسوماتية	٣,٢٥	١,٤٠	٤,٠٠	٢,٠٦	٠,٧٨	«	.. .. المنخفضة

رقم	المقاييس الفرعية	المجموعة المرتفعة ن = ٨		المجموعة المنخفضة ن = ٧		« ت »	الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
٧	توهم المرض	٢,٠٠	٠,٧٠	٢,٧٠	١,٠٢	١,٥٢	ليس له دلالة	في صالح المنخفضة
٨	الأعراض المعدية معوية	٢,٣٦	٢,٤٩	٢,١٤	١,٤٩	٠,١٨	»	في صالح المرتفعة
٩	الحساسية والشك	٥,٥٠	١,٠٠	٦,٤٢	١,١١	١,٥٥	»	في صالح منخفضة
١٠	السكوباتية	٣,٦٠	١,٤٩	٣,٧٠	١,٤٨	٠,١٢	»	» » »
١١	المقياس الكلى	٣٥,٣٦	٦,٢٦	٤٠,٧٠	١٢,٠٢	١,٠٤	»	» » »

جـــدول رقـــم (٥)

ويتبين من الجدول رقـم (٥) أنـه لا يوجد فرق دال مـن النـاحيـة الإحصائية بين المجموعتين المرتفعة والمنخفضة الدخل. إلا أننا إذا نظرنا إلى الفرق بين المجموعتين من ناحية المتوسط فإننا نجد أن المجموعة المنخفضـة الـدخل أكثر اضطراباً على مقـاييـس الخوف وعـدم الكفـايـة والاكتئاب والعصبية والقلق وأعراض التنفس والدورة الدموية والأعراض السيكوسوماتية وتوهم المرض والحساسية والشك والسيكوباتية والمقياس الكلي، بينما المجموعة المرتفعة الدخل أكثر اضطراباً في مقياسي الفزع والأعراض المعدية معوية.

(جـ) النتائج الخاصة بالطالبات:

تـم استخراج المتـوسط الحسـابي والانحـراف المعيـاري لـدرجـات المجموعتين من الطالبات المنخفضة والمرتفعة الدخل وحساب اختبار «ت»

بالنسبة للفرق بين المجموعتين ويتبين لنا فيالجدول رقم (٦) تلك النتائج إلى جانب مستوى الدلالة واتجاه الفرق بين المجموعتين:

رقم	المقاييس الفرعية	المجموعة المرتفعة ن = ٢٤		المجموعة المخفضة ن = ٢٤		« ت »	الدلالة	اتجاه الفرق
		م	ع	م	ع			
١	الخوف وعدم الكفاية	٧,٩٠	٢,٥٢	٨,٨٦	٢,٧٦	١,٢٣	ليس له دلالة	في صالح المنخفضة
٢	الاكتئاب	٣,٨٤	١,٨٦	٣,٧٦	١,٨٢	٠,١٥	»	في صالح المرتفعة
٣	العصبية والقلق	٣,١٢	١,٢٦	٢,٥٠	١,٧٤	١,٤٠	»	»
٤	التنفس والدورة الدموية	٢,١٢	١,٢٨	١,٨٤	١,٢٠	٠,٧٧	» » »	» » »
٥	الفــزع	٤,٠٠	١,٨٠	٤,١٦	١,٨٤	٠,٣١	»	في صالح المنخفضة
٦	الأعراض السيكوماتية	٣,٥٠	١,٤٠	٤,٦٠	٢,٣٦	١,٩٦	»	»
٧	توهم المرض	٢,٣٣	١,٣٦	٢,٢٥	١,٤٠	٠,٢١	»	في صالح المرتفعة
٨	الأعراض المعدية المعوية	٣,٤٢	٢,٢٠	٣,٥٠	٢,٢٢	٠,١٩	»	في صالح المنخفضة
٩	الحساسية والشك	٥,٥٠	١,٤٤	٥,٢٥	١,٤٠	٠,٦٠	»	في صالح المرتفعة
١٠	السيكوباتية	٣,٠٠	١,٥٠	٣,٣٨	٢,٢٥	٠,٦٧	»	في صالح المنخفضة
١١	المقياس الكلى	٣٣,٢٥	١٢,٠٠	٣٤,٦٣	١٣,٥٠	٠,٣٧	» » »	» » »

جدول رقم (٦)

ويتضح من الجدول رقم (٦) عدم وجود فرق دال من الناحية الإحصائية بين المجموعتين من الطالبات المرتفعة الدخل والمنخفضة الدخل. إلا أنه بالنظر للمتوسط فقد نجد أن المجموعة المرتفعة الدخل أكثر اضطراباً من المجموعة المنخفضة الدخل في بعض النواحي وأن المجموعة المنخفضة الدخل أكثر اضطراباً من المجموعة المرتفعة الدخل في نواحي أخرى. فبالنسبة للمجموعة المرتفعة الدخل نرى أنها أكثر

اضطراباً في مقاييس الاكتئاب والعصبية والقلق وأعراض التنفس والدورة الدموية وتوهم المرض والحساسية الشك.

أما المجموعة المنخفضة الدخل فإننا نرى أنها أكثر اضطراباً في مقاييس الخوف وعدم الكفاية والفزع والأعراض السيكوسوماتية والأعراض المعدية معوية والسيكوباتية والمقياس الكلي.

(د) النواحي التي تشترك فيها المجموعات المنخفضة من ناحية والمجموعات المرتفعة من ناحية أخرى:

يلخص الجدول رقم (٧) أهم النتائج الموجودة في الجداول الثلاث الأخيرة حيث يتضح فيه المقاييس التي تكون فيها المجموعة المرتفعة أكثر اضطراباً والمقاييس التي تكون فيها المجموعة المنخفضة أكثر اضطراباً سواء بالنسبة للمجموعة الكلية من الطلبة والطالبات أو لكل مجموعة منهما على حدة.

المجموعة الكلية		مجموعة الطلبة		مجموعة الطالبات	
المرتفعة	المنحفضة	المرتفعة	المنخفضة	المرتفعة	المنخفضة
الاكتئاب	الخوف	الفزع	الخوف	الاكتئاب	الخوف
الحساسية والشك	العصبية والقلق	الأعراض المعدية	العصبية والقلق	العصبية والقلق	الفزع
الأعراض المعدية	التنفس والدورة		الاكتئاب	التنفس والدورة	الأعراض السيكوسوماتية
	الفزع		التنفس والدورة	توهم المرض	الأعراض المعدية

المجموعة الكلية		مجموعة الطلبة		مجموعة الطالبات	
المرتفعة	المنحفضة	المرتفعة	المنخفضة	المرتفعة	المنخفضة
	الأعراض		الأعراض	الحساسية	السيكوباتية
	السيكوسوماتية		السيكوسوماتية	والشك	
	تـوهم المرض		تـوهم المرض		
			الحساسية		
			والشك		
	السيكوباتية		السيكوباتية		
	المقياس		المقياس		
	الكلي		الكلي		

جـدول رقـم (٧)

ونستخلص من الجدول رقم (٧) هذه النواحي:

(أ) النواحي التي تختلف فيها المجموعتان المرتفعة والمنخفضة (الطلبة والطالبات ككل) اختلافاً دالاً هي الأعراض السيكوسوماتية والأعراض المعدية معوية.

(ب) النواحي التي تشترك فيها المجموعات الثلاث المنخفضة الدخل من حيث الاضطراب هي الخوف وعدم الكفاية والسيكوباتية.

(جـ) النواحي التي تشترك فيها المجموعات الثلاث المرتفعة الدخل من حيث الاضطراب هي الاكتئاب والحساسية والشك..

(هـ) النواحي التي سيتم تفسيرها:

بالنسبة للمجموعة الكلية فقط لدلالتها الإحصائية:

(١) الأعراض السيكوسوماتية لدى منخفضي الدخل.

(٢) الأعراض المعدية معوية لدى مرتفعي الدخل.

ثانياً ـ تفسير النتائج

(أ) الأعراض السيكوسوماتية لدى منخفضي الدخل:

وصل متوسط الطلبة والطالبات المنخفضي الدخل على مقياس الأعراض السيكوسوماتية ٤,٧٤ بانحراف معياري قدره ١,٧٠ أما متوسط الطلبة والطالبات المرتفعي الدخل على نفس المقياس ٣,٥٦ بانحراف معياري قدره ١,٧٤ وبلغت قيمة اختبار «ت» ٢,٦٨ تصل لمستوى ٠,٠١ من الدلالة الإحصائية. ويشير هذا الفرق إلى زيادة الاضطراب السيكوسوماتي لدى الطلبة والطالبات المنخفضي الدخل عن الطلبة والطالبات المرتفعي الدخل بشكل دال إحصائياً. كما أنه بالإضافة إلى ذلك فإن معامل ثبات مقياس الأعراض السيكوسوماتية وصل إلى ٠,٦٢ وهو معامل ثبات مرتفع يعطي ثقة فيما يعطي هذا المقياس من نتائج. ويقصد بالأعراض السيكوسوماتية في هذا المقياس التعرض المستمر للصداع الشديد وحالات التقلص، والتشنج في عضلات الوجه وحالات الربو والآلام والأوجاع الشديدة في العين والقدم والرأس.. الخ. وفي دراسة سابقة لنا عن علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية في الصناعة بالتوافق المهني كان متوسط درجات المرضى السيكوسوماتيين على هذا المقياس ٥,٥٠ بانحراف معياري ٢,٧٩ أما متوسط المجموعة الضابطة في هذا المقياس بالنسبة لنفس الدراسة فكان ١,٤٨ بانحراف معياري ١,٥٣ ووصلت قيمة «ت» ٦,١٨ وكان الفرق دالاً عند مستوى ٠,٠١، وبإجراء التحليل العاملي لمقاييس القائمة كان مقياس الأعراض السيكوسوماتية هو أعلى المقاييس

تشبعاً إذ وصل تشبعه ٠,٨٦ ولقد أشار الكثير من الفلاسفة والعلماء لأثر النفس في الجسم وعلاقة كل منهما بالآخر. فالبعض يذهب إلى أن الجسم يؤثر في النفس بالدرجة الأولى (نظرية جيميس لانج عن الانفعال) حيث تذهب هذه النظرية إلى أنه عند الاستجابة لموقف معين تصب الغدة الأدرنالية في الدم إفرازها وبعد ذلك نحس بالغضب أي أن الموقف المنبه Stimulus ينتج استجابات فسيولوجية معينة physicological response وهذه الأخيرة تؤدي إلى الانفعال Emotion أي أن تسلسل هذه المعادلة يسير على النحو الآتي: Emotion - physiological response - Stimulus إلا أننا من خلال التتبع التاريخي لتأثير النفس في الجسم نجد أن أنصار نظرية جيمس لانج قليلون (٢: ١٤٢).

وفي الاتجاه الآخر نجد أن العلماء والباحثين بل والفلاسفة منذ أقدم العصور أشاروا لاثر النفس في كثير من اضطرابات الجسم. فعلى يد هيبوقراط شفي ملك مقدونيا من آلامه الجسمية عندما قام هيبوقراط بتحليل أحلامه ومعرفة أسباب مرضه الجسمي من خلال هذا التحليل ويذهب أرسطو بعد ذلك إلى أن انفعالاتنا تحدث تغيرات في الجسم. ويتفق العلماء العرب مع العلماء الغربيين الأقدمين فيما وصلوا إليه، فهذا ابن عيسى المجوسي يذهب إلى أن الأمراض النفسية تغير مزاج البدن وتؤدي إلى إنهاكه كما أن الطبيب الرازي قام بعلاج الأمير المنصور من مرضه الجسمي مستخدماً الجانب النفسي كأساس لهذا العلاج (كتاب أخلاق الجلالي). كذلك قام ابن سينا بعمل مشابه لما قام به الرازي فعالج أحد جواري بلاط الملك (كتاب الأصل والعودة). وإذا كنا لمحنا فيما سبق من قول من يذهب إلى أن الجسم يؤثر في النفس وأن آخرين يذهبون إلى أن النفس تؤثر في الجسم فإننا نجد من يؤمن بنظرية الموازاة بين النفس والجسم، فالنواحي الانفعالية مصاحبات للنواحي الجسمية الزيادة وأن الزيادة في أحدهما يتبعه زيادة في الآخر.

وأخيراً يؤمن البعض (ميرسكي Mirsky ١٩٥٨) بالنظرية الدائرية التي تقترح النتاج الجسمي ـ نفسي ـ جسمي Somato - psycho - Somato أي أن الجسم يؤثر في النفس والنفس تؤثر في الجسم وهكذا (١٠ : ٤١٩).

والذي يهمنا من خلال كل ذلك أن الانفعال نتبينه بوضوح في سلوك بني البشر ويشمل آثاره نفساً وجسماً ويدل الانفعال على أن التوافق الذي كان موجوداً بين الكائن الإنساني وبيئته قد اضطرب وذلك لعجز الإنسان عن حل الموقف الذي يواجهه. وبالنسبة للنتيجة التي توصلنا إليها في هذه الدراسة وهو اضطراب الطلبة والطالبات المنخفضي الدخل من الناحية الانفعالية والسيكوسوماتية يشير إلى أن العامل الاقتصادي أي انخفاض هذا المستوى لديهم يعتبر عائقاً، يحول دون إشباع وسد الكثير من حاجات ومطالب الحياة (المنبه Stimulus) وهذا الأخير يؤدي إلى اضطراب في الجانب النفسي والذي بدوره يؤدي إلى اضطراب الجسم.

(ب) الأعراض المعدية معوية لدى مرتفعي الدخل:

بلغ متوسط درجات المجموعات المنخفضة الدخل على هذا المقياس ٢,٧٨ بانحراف معياري ١,٤٢ وبلغ متوسط درجات المجموعة المرتفعة الدخل على هذا المقياس ٣,٧٢ بانحراف معياري ٢,٤٠، وكان الفرق بين المجموعتين دالاً من الناحية الإحصائية إذ بلغت قيمة اختبار «ت» على هذا المقياس ٢,٤٠ وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠,٠٥ ويعتبر الفرق كما هو واضح في صالح المجموعة المرتفعة الدخل بمعنى أنهم أكثر اضطراباً في الجهاز المعدي معوي من المجموعة المنخفضة الدخل. ويقيس مقياس الأعراض المعدية معوية فقد الشهية للأكل وحالات الإمساك والإسهال المستمرة وسوء الهضم وأوجاع المعدة وحالات القيء والقرحة المعدية.

وفي دراسة لنا عن علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة (٢: ٢٥٠)، وهي السابق الإشارة لها في الفقرة السابقة وفي هـذا الكتـاب ميـز مقيـاس الأعـراض المعـديـة معـويـة بيـن المـرضـى

السيكوسوماتيين والأسوياء فكان متوسط درجات المرضى ٥,٦٢ بانحراف معياري مقداره ٢,١٦ وكان متوسط درجات الأسوياء ١,٣٢ بانحراف معياري قدره ١,٥٩ وكان الفرق بينهما دالاً عند مستوى ٠,٠١ إذ بلغت قيمة اختبار «ت» ٨,١١.

وفي دراسة فرعية من خلال الدراسة السابقة أيضاً ميز المقياس بين مرضى الجهاز المعدي معوي وبين الأسوياء بشكل دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ أيضاً وبلغ متوسط درجات مرضى الجهاز المعدي معوي على هذا المقياس ٦,٧٥ (أعلى متوسط بالنسبة لباقي المقاييس الفرعية للقائمة) بانحراف معياري ٢,٣٣ ومتوسط درجات الأسوياء ١,١٣ بانحراف معياري ٠,٨٢ وقيمة اختبار «ت» ٦,٠٤.

وفي دراسة فرعية أخرى من خلال دراستنا السابقة ميز المقياس بين مرضى الجهاز المعدي معوي وبين مرضى القلب والأوعية الدموية، وأنه كان المقياس الوحيد في قائمة كورنل والذي ميز تميزاً دالاً عند مستوى ٠,٠٥ بين هاتين المجموعتين وكان متوسط درجات مرضى الجهاز المعدي معوي على هذا المقياس ٦,٧٥ بانحراف معياري ٢,٣٣ ومتوسط درجات مرضى القلب والأوعية الدموية ٣,٨٨ بانحراف معياري قدره ١,٨٣ وبلغت قيمة اختبار «ت» ٢,٥٨.

ولا يفوتنا هنا كذلك أن نشير للدراسة الفرعية الأخيرة التي أجريت في بحثنا السابق الإشارة إليه بين مرضى جهاز القلب والأوعية الدموية والأسوياء. وفي هذه الدراسة ميز مقياس الأعراض المعدية معوية بين مرضى القلب والأسوياء بصورة دالة إحصائية، إذ بلغ متوسط درجات مرضى القلب على هذا المقياس ٣,٨٨ بانحراف معياري قدره ١,٨٣ ومتوسط درجات الأسوياء ١,٠٠ بانحراف معياري قدره صفر وبلغت قيمة اختبار «ت» ٤,١٧.

كما لا يفوتنا أن نشير أيضاً إلى أن هذا المقياس، في دراساتنا

السابقة، أيضاً، قد ارتبط بالأداء في العمل ارتباطاً موجباً (ر = ٠,٢٨٧) وفسرنا ذلك بأن المرضى السيكوسوماتيين يعوضون ما بهم من آلام بزيادة أدائهم في العمل، أو أن الأداء في العمل يكون مصحوباً بالخوف من الخطأ وعملية الخوف تصحبها تغيرات بدنية قد تتركز في نهاية الأمر في الجهاز المعدي معوي. كما أن نفس المقياس قد ارتبط بالتنقل من عمل لآخر (ر = ٠,٢٧٠) وهذا الارتباط الموجب يسير في الاتجاه المفترض أن يكون فيه فطبيعي أن يقترن التنقل من عمل لآخر بالمقياس لأنه ناتج عن اضطرابات انفعالية وعدم اتزان.

وفي دراسة تالية لنا عن العوامل الانفعالية السيكوسوماتية لدى العامل غير المنتج في الصناعة والمنشورة في هذا الكتاب استخدمنا في هذه الدراسة قائمة كورنل أيضاً واتبعنا منهج التحليل العاملي(*) لنتائج القائمة والتي طبقت على مجموعتين من العمال مجموعة منتجة ومجموعة غير منتجة. فكان مقياس العصبية والقلق هو الأكثر تشبعاً بالنسبة لمجموعة العمال غير المنتجين ومقياس الأعراض المعدية معوية هو الأكثر تشبعاً بالنسبة لمجموعة العمال المنتجين وبلغ تشبعه ٠,٨٢. ويقول منتجر منروليف في عرضه عن الجهاز المعدي معوي إن المجاري الهضمية تتأثر تأثراً كبيراً بالانفعالات عن أي جزء آخر كذلك وجد ألكسندر ومساعدوه بعض الارتباط بين سمات شخصية معينة واضطرابات مختلفة للجزء المعدي معوي (٣: ١٢).

ويذهب شتين Stein, M إلى أن الطعام يلعب دوراً هاماً في أحلام هؤلاء المرضى، ووجهة نظر التحليل النفسي في هذا الموضوع هو أن الأم هي المصدر الأصلي لإرضاء حوافز الطفل للجوع، والكفاح من أجل الطعام لديهم دليل على رغبة المريض في إعادة علاقة الإرضاء المبكرة مع

(*) تجدر الإشارة بأن التحليل العاملي كان يقتضي عينات كبيرة لكن بالنسبة للعينات الإكلينيكية فإن توفيرها يكون صعباً.

الأم. ويذهب ساندلر وبولوك إلى أنه من المعتقد أن اضطراب الوظيفة المعدية معوية العصابية من أشيع الأعراض الجسمية لأنها ذات محتوى نفسي المنشأ، ولا تحدث هذه الاضطرابات فقط لدى هؤلاء الذين يظهر عليهم العصاب ولكن لدى كل أفراد المجتمع، كما يذهب دانيلز إلى أن هؤلاء المرضى يبحثون دائماً عن السلطة (٨ : ٨٧).

ونلمح في العرض السابق ارتباط أعراض الجهاز المعدي معوي بالأداء العملي وبالكفاح من أجل الطعام والبحث عن السلطة، وكل هذه الأشياء بدون جدال ترتبط بالمستوى الاقتصادي المرتفع وبزيادة الإنتاج والذي يمثل بدوره زيادة في دخل الفرد.

ويتسق هذا المنطق مع ما توصلنا إليه من نتيجة وهو اضطراب المجموعة ذات المستوى الاقتصادي المرتفع في الجهاز المعدي معوي بشكل دال إحصائياً عن ذوي الدخل المنخفضة.

ثالثاً: مناقشة النتائج:

١ - لقد حققت نتائج هذه الدراسة هدفها في بعض الجوانب ولم يتحقق في باقي الجوانب. وسنناقش ذلك على النحو الآتي:

(أ) فبالنسبة للمجموعة الكلية وجدنا فرقاً دالاً من الناحية الإحصائية بالنسبة لمقياسي الأعراض السيكوسوماتية والأعراض المعدية معوية وكان الأول في صالح منخفضي الدخل والأخير في صالح مرتفعي الدخل. أما باقي المقاييس بالإضافة للدرجة الكلية للقائمة فلم تميز تمييزاً دالاً بين المجموعتين.

أما إذا أمعنا النظر في المقاييس التي لم تميز تمييزاً دالاً وذلك بالاعتماد على المتوسط الحسابي فإن ذلك يعطي قيمة من زاوية اتجاه الفرق أي في أي المجموعتين يكون الاضطراب أعلى فنجد أن المجموعة المنخفضة أكثر اضطراباً من المجموعة المرتفعة في الخوف وعدم الكفاية

والعصابية والقلق والتنفس والأوردة الدموية والفزع وتوهم المرض والسيكوباتية والدرجة الكلية، أي في ستة مقاييس في حين أن المجموعة المرتفعة أكثر اضطراباً في مقياسين فقط هما الاكتئاب والحساسية والشك.

(ب) وبالنسبة لمجموعة الطلبة لم تميز الدرجة الكلية للقائمة تمييزاً دالاً بين مرتفعي ومنخفضي الدخل كما أن أحداً من المقاييس الفرعية لم يميز بين المجموعتين تمييزاً دالاً. وبالنظر لمتوسطات المجموعتين نجد أن متوسط المجموعة المنخفضة الدخل أكبر على مقاييس معينة مثل الخوف والاكتئاب والعصبية والقلق وأعراض التنفس والدورة الدموية والأعراض السيكوسوماتية وتوهم المرض والحساسية والشك والسيكوباتية.

وهذا يشير إلى أن المجموعة المنخفضة الدخل أكثر اضطراباً من المجموعة المرتفعة الدخل في هذه النواحي السابق ذكرها. أما المجموعة المرتفعة الدخل فإن متوسط درجاتها أكبر من متوسط درجات المجموعة المنخفضة الدخل في مقاييس الفزع والأعراض المعدية معوية. ولم تتعرض للتغيير بناءاً على المتوسط لاحتمال أن يكون هذا الفرق ناتجاً عن الصدفة وليس فرقاً دالاً وحقيقياً.

(جـ) وأما بالنسبة للطالبات فلم تميز الدرجة الكلية تمييزاً دالاً بين المجموعتين وبالنظر لمتوسط درجات المجموعة المرتفعة الدخل نجد أنه أكبر من متوسط المجموعة المنخفضة الدخل في مقاييس الاكتئاب والعصبية والقلق وأعراض التنفس والدورة الدموية والحساسية والشك.

أما المجموعة المنخفضة الدخل فكان متوسط درجاتها مرتفعاً على مقاييس الخوف وعدم الكفاية والفزع والأعراض السيكوسوماتية والأعراض المعدية معوية والسيكوباتية، كذلك الدرجة على المقياس الكلي من متوسط درجات المجموعة المرتفعة الدخل. وقد أمسكنا عن تفسير تلك النتائج بناءاً على المتوسط الحسابي لنفس السبب السابق ذكره في الفقرة السابقة.

٢ ـ وبالنسبة للأداة المستخدمة في هذه الدراسة فقد سبق لنا إجراء الكثير من الدراسات عليها والتي أشرنا لبعضها وهذه الدراسات تؤكد قدرة المقياس على التمييز بين الفئات والمجموعات المتناقضة.

وفي دراسة سابقة لمحمود الزيادي استخدم فيها نفس القائمة على طلبة الجامعات في دراسة عن التوافق الدراسي لطلبة الجامعات ميزت القائمة بين الطلبة الذين شخصوا في العيادة النفسية بأن لديهم اضطرابات سيكوسوماتية وبين الطلبة الأسوياء بدرجة ادلة إحصائياً عن مستوى ٠,٠١ كما أن الدرجة الكلية للمقياس ميزت في دراستنا عن العمال غير المنتجين تمييزاً دالاً بينهم وبين المنتجين عند مستوى ٠,٠١. وبالنسبة لثبات الاختبار فقد أكدت الكثير من الدراسات ارتفاعه، ففي دراستنا عن علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية في الصناعة بالتوافق المهني كانت معظم المقاييس مرتفعة الثبات وتراوح ثباتها بين ٠,٦١ ـ ٠,٨٨.

أما مقاييس الخوف على الصحة، والحساسية والشك، والسيكوباتية فكان معامل ثباتها على التوالي ٠,١٨، ٠,٤٣، ٠,٣١ أما معامل الثبات الكلي للقائمة فكان ٠,٩٥٠. أما في دراستنا الأخرى على العمال غير المنتجين فقد تراوح معامل ثبات المقاييس الفرعية بين ٠,٥٤، ٠,٩١ وكان معامل الثبات الكلي للقائمة ٠,٩٦٠. وبالنسبة لمعاملات الثبات في هذه الدراسة فقد كانت بالنسبة للمجموعة الكلية مرتفعة على جميع المقاييس وتراوح الثبات بين ٠,٥٠، ٠,٩٦ وكان منخفضاً على مقاييس الخوف على الصحة، والحساسية والشك، والسيكوباتي وكانت معاملات ثباتها على التوالي ٠,٢٣، ٠,٤٠، ٠,٣٧ وتتفق هذه النتيجة الأخيرة مع ما وجدناه من انخفاض نفس هذه المقاييس في دراستنا عن الاضطرابات السيكوسوماتية في الصناعة بل وبنفس التسلسل من حيث الانخفاض. وأما بالنسبة للثبات الكلي القائمة فقد وصل إلى ٠,٨٤ وبالنسبة للثبات في مجموعة الطالبات فقد كان منخفضاً على جميع المقاييس وبلغ في بعضها الصفر ولم يكن مرتفعاً سوى على مقياس الخوف وعدم الكفاية والفزع

والجهاز المعدي معوي فقد كانت معاملات ثباتها على التوالي ٠,٦٣، ٠,٦٨، ٠,٥٦، أما الثبات الكلي فقد وصل إلى ٠,٤٦. وبالنسبة للثبات في مجموعة الطلبة فقد كان مرتفعاً على جميع المقاييس وتراوح بين ٠,٥٠، ٠,٨٨ أما بالنسبة لمقاييس الخوف على الصحة والحساسية والشك والسيكوباتية فقد كانت معاملات ثباتها على التوالي ٠,١٣، ٠,٤١، صفر.

٣ ـ وبالنسبة للعينة التي استخدمت في هذه الدراسة فمن المحتمل أن يكون عدم تساوي عدد الطلبة والطالبات له علاقة بعدم وجود فروق دالة على معظم مقاييس القائمة، وإن كان ارتفاع ثبات المقاييس بالنسبة للمجموعة الكلية من الطلبة والطالبات لا يعضد هذا الاستنتاج، هذا إلى جانب أنه وكما سبق أن قلنا فإن نسبة عدد الطلبة إلى الطالبات في هذه الدراسة انعكاس لنسبة عدد الطلبة إلى الطالبات في قسم علم النفس والاجتماع بوجه عام وفي السنة الأولى بوجه خاص.

ومن خلال خبرتنا فإننا نفسر زيادة عدد الطالبات على عدد الطلبة في قسم علم النفس بأنه راجع إلى أن الطلبة في اختيارهم للقسم الذي يرغبونه يفضلون القسم الذي يسمح بالانتساب لكي يتسنى لهم الاشتغال ببعض الأعمال. هذا إذا وضعنا في الاعتبار أن الانتساب غير مسموح به في قسم علم النفس والاجتماع، بالإضافة إلى أنه من الملاحظ أن مهنة الأخصائي النفسي والاجتماعي تجتذب ميول الإناث أكثر.

وإذا تركنا مجموعة الطالبات وانتقلنا لمجموعة الطلبة فإننا نجد أننا اعتمدنا في تحليلاتنا الإحصائية على عينة صغيرة جداً ثمانية في المجموعة المرتفعة الدخل، وسبعة في المجموعة المنخفضة الدخل واحتمالات تدخل عوامل الخطأ في مثل هذه العينات الصغيرة أمر مطروح ومعروف ولا يحتاج لمناقشة.

وبالنسبة للطالبات فرغماً من أن العينة يعتبر حجمها معقولاً في المجموعة المرتفعة الدخل والمجموعة المنخفضة الدخل (٢٤ في كل

منهما) إلا أنه لم تكن هناك فروقاً دالة بينهما على المقاييس الفرعية للقائمة وهذا يرجع بدون شك إلى انخفاض معامل ثبات تلك المقاييس جميعاً والدليل على ذلك ـ إذ صح استنتاجنا هذا ـ هو أن بعض المقاييس المرتفعة الثبات في مجموعة الطالبات هذه تقترب من حدود الدلالة الإحصائية وذلك بالمقارنة بمستوى دلالة باقي المقاييس. فمقياس الخوف وعدم الكفاية يصل معامل ثباته إلى ٠,٦٣ وقيمة «ت» لهذا المقياس ١,٢٣ في حين أن مقياس الخوف على الصحة معامل ثباته صفر وقيمة «ت» لهذا المقياس ٠,٢١.

٤ ـ ومما يشير إلى أن مجموعتي الطلبة والطالبات يختلفون اختلافاً دالاً في المستوى الاقتصادي في هذه الدراسة أننا قمنا بحساب المتوسط والانحراف المعياري لكل مجموعة على حدة. ويبين الجدول رقم (٨) م، ع وقيمة «ت» بالنسبة لمجموعة الطلبة.

مجموعة (١)		مجموعة (٢)			
الطلبة المرتفعي الدخل		الطلبة المنخفضي الدخل		ت	الدلالـة
م	ع	م	ع	٥,٥	٠,٠١
٦٦,٢٥	٢٠,٥٧	١٩,٢٨	٦,٧٣		

جـدول رقـم (٨)

ويتضح من الجدول رقم (٨) ارتفاع دخول أولياء أمور الطلبة في المجموعة الأولى عن المجموعة الثانية، كما أن الفرق بينهما دال إحصائياً عند مستوى ٠٠,٠١ كما يوضح الجدول رقم (٩) أيضاً م، ع وقيمة «ت» بالنسبة لمجموعة (الطالبات):

الطالبات المرتفعى الدخل		الطالبات المنخفضى الدخل		ت	الدلالـــة
م	ع	م	ع	١١,٧٦	٠,٠١
٩٦,٣٣	٢٧,٢٠	٢٦,٣	٦,٢٠		

جـدول رقـم (٩)

ويتبين أيضاً من الجدول رقم (٩) وجود فرق دال من الناحية الإحصائية بين الطالبات المرتفعي الدخل والطالبات المنخفضي الدخل عند مستوى ٠,٠١.

تعتبر نتائج هذه الدراسة خاصة بالعينة التي أجريت عليها بالمواصفات التي سبق أن أوضحناها من حيث العدد الكلي، ومن حيث عدد الطلبة للطالبات، ومن حيث السنة التي اقتصرت عليها هذه الدراسة.

٦ ـ تقترح هذه الدراسة إجراء دراسات أخرى على طلبة وطالبات في سنوات مختلفة وفي كليات مختلفة حتى يتسنى تعميم النتائج التي توصلنا إليها من ناحية وتأكيدها من ناحية أخرى.

٧ ـ تتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصل إليه سيمز sims في بحثه عن العلاقة بين الطبقة الاجتماعية والتوافق الشخصي لدى طلبة الجامعات، فلقد وجدنا أن الطلبة المنخفضي الدخل في دراستنا أكثر اضطراباً على معظم المقاييس من الطلبة المرتفعي الدخل ففي المجموعة الكلية أكثر اضطراباً على سبعة مقاييس بالإضافة إلى الدرجة الكلية بينما المجموعة المرتفعة أكثر اضطراباً على ثلاثة مقاييس فقط.

كذلك تؤكد النتائج التي سبق عرضها في الجزء الخاص بهدف الدراسة عن اختبار برنرويتر من أن أفراد الطبقة الاجتماعية المرتفعة أقل عصابية، مما توصلنا إليه أيضاً.

المـراجع

أولاً ــ المراجع العربية:

١ ـ عطية هنا ـ التوجيه التربوي والمهني ـ دار النهضة المصرية ـ ١٩٥٩ ـ ص ٨٣.

٢ ـ محمود السيد أبو النيل ـ علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة ـ رسالة دكتوراه غير منشورة قدمت بآداب عين شمس ١٩٧٢ تحت إشراف دكتور السيد محمد خيري.

٣ ـ محمود السيد أبو النيل ـ العوامل الانفعالية والسيكوسوماتية المتعلقة بالتوافق المهني للعامل غير المنتج في الصناعة: دراسة عاملية باستخدام قائمة كورنل على عمال شركة النصر للسيارات ـ المجلة الاجتماعية القومية ـ العدد الأول ـ ١٩٧٤.

٤ ـ مننجر منروليف وليم ك ـ تأليف ـ محمد أحمد غالي ـ ترجمة ـ أضواء الطب النفسي على الشخصية والسلوك ـ القاهرة الحديثة ـ ١٩٦٦ ص ٩٤، ١٨٢.

ثانياً ـ المراجع الأجنبية:

5 - ANASTASI ANNE, DIFFERENTIAL PSYCHOLOGY, New York, Macmillan Comp., 1958, p. 505.

6 - ALEXANDER FRANZ, Fundamental Concepts of Psychosomatic Research From: The Study of Abnormal Behavior by: Melvin Zax & other Macmillam Comp., 1969, p.272.

7 - Gunderson, E.K. Eric, & OTHERS, A Brief Mental Health Index, Jour. of Abnormal Psycho. 1969, 74,1,p. 100.
8 - STEIN MORRIS, The Thematic Apperception Test, Revised Edition, Addison, Wiesely, 1955, p.187.
9 - SANDLER JOSEPH, POLOCK, Alex. B. Studies in Psychopathology... II, The British Jour. of Medical Psychology, 7.27, Part 3, 1954, p.146.
10 - WEISS ED WARD & ENGLISH, O., Spurgeon, psychosomatic Medicine, W, W.B. Sauunder, London, 1950, p. 419.

الباب الثالث عشر

الدراسة السابعة

العوامل النفسيّة في أمراض الصُّداع النصفي (*)

الفصل الخامس والثلاثون: العوامل النفسية في الصداع النصفي

(*) بحث نُشر بمجلة التربية ـ قطر ـ العدد ٣٥ ـ فبراير ١٩٧٩ (مع التنقيح والإضافة).

الفصل الخامس والثلاثون

العوامل النفسيّة في الصُّداع النصفي

أهمية دراسة أمراض الصداع النصفي: يعتبر الصداع النصفي واحداً من الأعراض الشائعة التي تقابل الأطباء في حياتهم اليومية ويقدرون وجود أعراض مرض الصداع النصفي لدى ٥٠٪ من المرضى، ويذكرون أن الصداع يحدث نتيجة المرض الجسمي والاضطراب الانفعالي.

والصداع عبارة عن حالة عامة تنتج من تغيرات في حركة الأوعية الدموية. ويفسر دكتور ماكس جولد زهير هذه الناحية فيقول أن الصداع النصفي يرجع للضغط داخل الجمجمة بسبب زيادة تدفق الماء إلى الأوعية الدموية الصغيرة جداً بهذه المنطقة، ويرجع ذلك الأخير بدوره للزيادة غير العادية لاحتباس الملح في الأنسجة.

ويقول كل من كونكل، ولف عام ١٩٥١ لقد قدر حدوث الصداع النصفي في ٨٪ من المرضى الذين يفحصهم الطبيب الممارس العام لكن الرقم الحقيقي غير معروف، وفي المجلة الطبية البريطانية ١٩٦٣ ذكر أن الحالات الكلاسيكية من الصداع النصفي تصل ما بين ٥ ـ ١٠٪ من المجتمع الأصلي أي يكون لدى هذه النسبة أعراض مرض الصداع النصفي. وتشير معظم التقارير إلى أن وقوعه يكون عالياً لدى النساء عنه لدى الرجال، كما أنه يحدث بصورة عالية لدى مرضى تصلب الأنسجة العضوية.

ومما يشير إلى أهمية دراسة أمراض الصداع النصفي أن تكاليف

علاجه يبلغ ٨٠ مليون دولاراً بالولايات المتحدة الأمريكية.

ولقد سمي الصداع النصفي بالصداع الأسري، ويشير بذلك لعلاقته بالعوامل الوراثية كما سمي «بالنموذج الحسي للصرع» وذلك لارتباطهما ببعضهما البعض، وغالباً ما تحدث نوبات الصداع النصفي للمرأة قبل الحيض وغالباً ما ينتهي بعد الطمث، وتحدث هجمات الصداع النصفي مرتين أو ثلاث مرات في الأسبوع وقد يسبق الهجمات اضطراب في الأبصار يتمثل في سخونة العين ووجود ألم بها وبالإضافة لذلك يحدث دق في الأذن واضطراب في حاسة التذوق وشعور بوخز إبر في الأطراف.

العوامل النفسية الدينامية: تقول الدكتوره فلاندرز دنبار. Dunbar هناك علاقة بين الحساسية والصداع النصفي في نموذج الشخصية والعوامل النفسية الكامنة، وإن كان الأمر في الصداع النصفي لا يستدعي وجود عوامل الغضب أو الكراهية مع الحب الخانق أو المكتوم. والعوامل النفسية في الصداع النصفي لا يتم التعرف عليها إلا بصورة غير مباشرة خاصة أنه مرض النساء الهستيريات. وتقول دنبار أن الصداع يعالج لدى هؤلاء النساء إذا استعملوا رؤوسهن بدلاً من حشوها بأشياء فارغة جوفاء خاصة إذا عرفنا أن العوامل النفسية المنشأ تتمثل في: الإجهاد العصبي، والعمل المرهق، والاضطرابات الانفعالية.

ولقد درس فيس Weiss أربعة وعشرين مريضاً من وجهة النظر السيكسوماتية (ذلك الفرع من الطب الذي يدرس مجموعة الأمراض الجسمية ذات المنشأ النفسي) فوجد أنهم يتسمون: شخصية قهرية، عدم القدرة على التعبير عن الكراهية، حدوث عجز بدرجات مختلفة لدى الرجال وبرود لدى النساء، رغبة من جانب المريض في إلقاء اللوم على مصرانه لأنه من وجهة نظره هو سبب الصداع.

وفي دراسة لتورين ودرابر Torrin & Draber على خمسة عشر مريضاً بالصداع النصفي وجد نموذجاً تكوينياً مميزاً متمثلاً في تضخم بالجمجمة،

كذلك وجد أنهم يتميزون بذكاء عال لكن الحالة الانفعالية لديهم لم تكن تتسم بالنضج الكافي.

ولقد لاحظ تورين ودرابر أن الصداع يتكرر بنفس الشكل بالنسبة لكل مريض ويعود في نفس الظروف. ومن المؤشرات التي وجداها مؤدية للصداع لدى الفرد وجوده في مواقف يكون هو وحده فقط فيها، مثل إحساس الفرد بفقد الحماية وعدم الشعور بالأمن خاصة ما يتعلق بأمور المنزل وظروفه، وذهبا إلى القول بأن الصورة لا تخلو من وجود سبب لا شعوري محوره آلام يقف وراء الصداع النصفي (٣: ٢٢٥).

ولقد عالج فروم ورتشمان ثماني حالات صداع نصفي بطريقة التحليل النفسي فشفي خمسة منهم وتحسن اثنان، وبقيت واحدة لم تتأثر بالعلاج ولقد كشف التحليل أن عندهم جميعاً كراهية مكبوتة لا شعورياً، ولم يكونوا واعين بها كما أن ارتباطاتهم بالأشخاص الآخرين كانت وطيدة ووثيقة. فالصداع النصفي في نهاية الأمر عبارة عن تحويل لغضب أو الكراهية لمنطقة الرأس.

والتساؤلات التي طرحها الباحثان تتمثل في: لماذا توجد لدى مرضى الصداع النصفي هذه المشاعر المتناقضة والتي تتمثل في الإخلاص على المستوى الشعوري والكراهية على المستوى اللاشعوري؟.

لماذا تكبت المشاعر السالبة كالغضب والكراهية في مرضى الصداع النصفي؟.

لماذا اختيرت الرأس كمكان للتعبير عن الكراهية؟.

وفي تفسيرهما للسؤال الأول ذهباً إلى أن مرضى الصداع النصفي غالباً ما يكونون من أسر تتمسك بالتقاليد ويوجد تضامن بين أفرادها كما أنها تتمتع بسمعة قوية، وتبعاً لذلك فإن التعبير عن العدوان بين أعضاءها يكون ممنوعاً فإذا أجبر عضو على أن يعبر عن كراهيته ضد الآخر فإنه

يعاقب من قبل باقي الأعضاء، وهكذا يفقد الحماية من الأسرة في صراعه مع الحياة.

ويقول هذان الباحثان أن مجرد الخوف من هذه العقوبة يكون كافياً في أن يجعل الفرد يكبت كراهيته تجاه أي عضو آخر من أعضاء الأسرة، وعندما لا يتمكن الفرد من التعبير عن غضبه سواء بالكلام أو بالفعل المباشر فإنه يظهر عليه في شكل نوبات صداع نصفي، وأما فيما يتعلق باختيار الرأس كعضو يحل به العقاب فلم يقدم الباحثان إجابة كافية على ذلك واقتصروا على القول بأن ذلك يرجع إلى أن الرأس تكون مثقلة بالأفكار الذهنية. ومن المرجح أن يكون هذا التفسير الأخير صحيحاً إذا قلنا أنه نتيجة لثقل الرأس بالأفكار الذهنية وزحمتها بها فإنها تكون تعبة منهكة وبسبب ذلك تكون أنسب عضو في الجسم تختاره الكراهية لتحل به نظراً لأن مقاومته تكون ضعيفة.

ولقد قام كل من روس وماكنوتن بمحاولة لتأييد النتائج المتعلقة بالكراهية المكبوتة في الصداع النصفي، استخدما فيها اختبار بقع الحبر لرورشاخ لكنهما فشلا في ذلك ووجدا أن شخصية مريض الصداع النصفي تتميز بما يلي:

(أ) المثابرة من أجل النجاح.

(ب) صعوبات في التوافق الجنسي.

(جـ) المحافظة.

(د) نواحي وسواسية قهرية عامة.

(هـ) عدم القدرة على التحمل (قد تكون تحمل الغموض).

إحداث الصداع النصفي تجريبياً: ونعرض فيما يلي لدراسة تختص بإنتاج الصداع النصفي تجريبياً وعنوان هذه الدراسة التي قام بها كل من كيرزون، وباربيه وولكسون هي: العلاقة بين وجع الرأس والتغيرات الأمينية الناتجة عن تناول الرسبريين لمرض الصداع النصفي. ولقد وجدوا في هذه

الدراسة أن هجمات الصداع النصفي تحدث بعد ست ساعات من تعاطي ٢,٥ مليجرام من الرسبريين، كما وجدا أيضاً أن أوجاع الدماغ الناتجة تكون مشابهة لأوجاع الدماغ النصفي التلقائي، كما يلاحظ توسعاً في الأوعية وتورداً في الوجه. وهي نفس الملاحظة التي وجدها قبل ذلك كل من كنبال وفريدمان، وأشارا إلى أن وجع الدماغ الناتج عن الرسبريين لا يمكن الاستدلال عليه ببساطة من خلال توسع الأوعية لعدم وجود علاقة ثابتة بينهما خاصة أن هناك مواداً تنتج توسع الأوعية لكن لا تسبب وجع الدماع. ومن الاكتشافات المدهشة أن المرضى الذين يحدث لديهم وجع دماغ بعد تناول الرسبريين كانوا أقل بشكل دال من هؤلاء الذين لم يحدث لهم هذا الوجع بعد الرسبريين.

الصداع النصفي الناتج عن صدمة بالرأس: أجرى كل من دافيد هاس وروبرت سوفنز دراسة على خمس حالات حدث لديهم الصداع النصفي نتيجة صدمة بالرأس ولقد وجد في جميع الحالات الذين حدثت لديهم تلك المظاهر العصبية دون وجود وجع بالرأس. ولقد ذكر هوايت في مقالة له عن «الصداع النصفي بدون وجع في الرأس» التاريخ الماضي لرجل عمره خمسين عاماً فقد الحس والحركة عندما ضربه ملاكم هاو، واستمر لديه لمدة ساعة وسبب ذلك وجعاً في الرأس، ويقول هاش وسوفنر أن اضطرابات الأبصار التي تصحب صدمات الرأس من نوع الظاهرة العصبية التي عادة ما توجد في الصداع النصفي وأوجاع الرأس.

ولقد أيدت نتائج هوايت عام ١٩٦٧ ما سبق أن توصل إليه وولف من أن مرضى الصداع النصفي ممكن أن تحدث لهم هجمات عصبية دون وجع بالرأس وفي النهاية فإن هاش وسوفنر وجدا أن مثل هذه الحالات التي قاما بدراستها تحدث عندهم حالات من الرجفة المرتبطة بالقيء، وحالة من الخوف الجنوني من النور.

دراسة حالات صداع نصفي: ذكر فيس وانجلش Weiss & English حالة صداع انفعالي الأصل لفلاح يشكو من صداع شديد في كل الجمجمة،

وكان ترتيبه الأسري الخامس، يكبره أخوان وأختان وكلهم متزوجون. والأب فلاح متدين ويذهب للكنيسة بانتظام لكن علاقته بزوجته لا يوجد فيها ما يشير إلى أي ارتباط عاطفي، إذ كان من النادر التحدث معها. ولقد توفي الأب بالتهاب رئوي منذ عامين من وقوع الصداع النصفي لابنه، وأما الأم فكانت بالتالي غير مرتبطة عاطفياً بأبنائها. ولقد أثبت الفحص الطبي لصداع الفلاح غياب السبب العضوي وتبين من الدراسة الواسعة لحياته أنه كان سيء التوافق اجتماعياً وكانت لديه أخيلة استمناء اتضح أنه كان فيها قاسياً على المرأة، كما كان لديه قلق وشعور بالذنب تجاه هذه الأخيلة (٣: ٢٢٠).

وتذكر كارني هورني حالة رجل طيب من رجال الأعمال سعيد ظاهرياً ومتزوج منذ خمس سنوات، لكنه يعاني من كف عام ومن شعور بالقصور، وأخذ يشكو في الأيام الأخيرة من صداع ليس له علة جسمية ظاهرة. وعندما بدأ تحليل الصداع النصفي لديه أرجعه إلى تفاهة المسرحية التي دعي إليها لكنه عندما أعمل تفكيره استبعد هذا الخاطر وتذكر أنه غلب على أمره في المناقشة التي قامت بينه وبين زوجته حول اختيار المسرحية وأغضبه أن يفرض عليه حضور المسرحية ولقد ذعر المريض لاكتشافه العلاقة بين الغضب المكبوت والصداع.

ويذكر ستافورد كلارك حالة نوراليجيا وجهية فشلت الطرق التقليدية في علاجها، ولقد كانت هذه الحالة إحدى مرضى فرويد وباستخدام فرويد للتنويم معها استعادت الموقف الذي حدث بيها وبين زوجها وأحست فيه أنها أهينت. وفجأة وضعت يدها على خدها وصاحت عالياً وقالت من شدة الألم «إنه كان مثل اللكمة أو الصفعة على الوجه» (٤: ١٢٠).

الدراسة المسحية عن أمراض الصداع النصفي في الصناعة: من دراسة مسحية لنا عن الاضطرابات السيكوسوماتية في شركتين من شركات الصناعة المصرية وجدنا أن نسبة اضطرابات الجهاز العصبي المركزي والتي يدخل فيها الصداع النصفي تصل إلى ٣٪ في الشركتين من مجموع ثمانية

اضطرابات سيكوسوماتية ولقد كان هذا المسح وفق تعريف قدمناه للأطباء في هذه الدراسة. وفي خلال فترة زمنية محددة بحيث لا نستطيع أن نعمم هذه النسبة إذ من المرجح أن تكون أكثر. ولقد وجدنا في هذه الدراسة أيضاً أن هذه النسبة تكثر بين الكيماويين وعمال الإنتاج والإداريين.

وفي دراسة أخرى لنا منشورة بهذا الكتاب عن العوامل النفسية في أمراض الجهاز التنفسي أشرنا للفروق في الكفاية الإنتاجية بين فئات الاضطرابات السيكوسوماتية المختلفة مثل الجزاءات والحوادث والتمارض ـ.... الخ. ويوضح الجدول الآتي الفروق في هذه النواحي بين مرضى الجهاز العصبي المركزي والذي يعتبر مرضى الصداع النصفي ضمن هذه الفئة وبين مرضى الجهاز التنفسي.

نواحى الكفاية الانتاجية (محكات العمل)	النسبة المئوية: لمرضى الجهاز التنفسى	النسبة المئوية: لمرضى الجهاز العصبى المركزى	النسبة الحرجة	الدلالة
(١) محك الجزاءات	٧٨	٥٧	١,٢٦	غير دال
(٢) الغياب بدون إذن	٣٨	٤٢	٠,٠٦	» »
(٣) التأخير عن العمل	٤٠	٢٨	٠,٦٣	» »
(٤) ترك العمل بدون إذن	٣٣	٤٢	٠,٥٠	» »
(٥) عدم إنجاز العمل المطلوب	٢٨	١٤	١,٧٩	» »
(٦) مخالفة التعليمات	٤٦	٤٢	٠,٢١	» »
(٧) الإصابات فى العمل	١٣	١	١,٠٠	» »

(جدول يوضح دلالة الفرق فى محكات العمل بين مرضى الصداع النصفى ومرضى الجهاز التنفسى)

تفسير النتائج: ويتضح من الجدول السابق أن مرضى الجهاز العصبي المركزي والذي يدخل الصداع النصفي في إطاره أكثر غياباً بدون إذن وتركا للعمل بدون إذن من مرضى الجهاز التنفسي. ويبدو أن ذلك يتفق مع ما توصل إليه روسي وماكنتون من أن مرضى الصداع النصفي يتميزون بعدم القدرة على التحمل فغيابهم عن العمل بدون إذن، وتركهم له بدون إذن أيضاً يشير إلى عدم قدرتهم على تحمل متطلبات العمل المختلفة. كذلك قد تتفق نتائج الجدول مع ما توصل إليه تورين، درابر من أن الحالة الانفعالية لدى مرضى الصداع النصفي لا تتسم بالنضج الكافي، فالغياب وترك العمل بدون إذن يشير لعدم النضج الانفعالي.

المـراجـع

١ ـ محمود أبو النيل: علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة ١٩٧٢ رسالة دكتوراه ص ١٩٣، ١٩٥.

2 - Laird Donald & Laird Eleanor, Practical Business Psychology, Mc Graw Hill, New York 1952, p.337.

3 - Weiss & English, Psychosomatic Medicine, Saunder, London, 1950.

4 - Staford Clark, Psychiatry to day, penguin Book, London, 1959.

الباب الرابع عشر

الدراسة الثامنة

العوامل النفسيّة في البول السّكري

العوامل النفسية في مرض البول السكري: دراسة مقارنة بين مرضى البول السكري ومرضى أجهزة الجسم الأخرى على محكات الكفاية الإنتاجية.

الفصل السادس والثلاثون: العوامل النفسية في مرضى البول السكري.

الفصل السابع والثلاثون: دراسة مقارنة بين مرضى البول السكري ومرضى أجهزة الجسم الأخرى على محكات الكفاية الإنتاجية.

الفصل السادس والثلاثون

العوامل النفسية في مرض البول السكري

مقدمة: اعتاد الإنسان البدائي أن يستخدم عمليات التوازن الهوميوستازي (كانون Canon) والتي تمكن جهازه العصبي السمبتاوي - الغدي Endocrine-Sympathic N.S, من إعداد جسمه إعداداً سريعاً سواء كان ذلك من أجل الدفاع عنه أو الهرب عندما يهدد أمنه الخطر. وبالطبع يوجد لدى الإنسان الآن نفس هذا الميكانيزم، والذي يستدعيه للعمل فوراً عندما يواجه تهديداً ليس بالضرورة أن يكون تهديداً بدنياً لكنى حتى لو كان تهديداً لأمنه ومكانته، وأحد المهام الرئيسية لعملية التوازن القيام بتعبئة السكر في الدم مما يؤدي إلى زيادته فيه hyperglycemia.

ومن المعروف حقيقة أن البول السكري الانفعالي emotional glucosuria. وزيادة السكر في الدم يسببان المخاوف والشعور بالتهديد، لكنه يبدو أن هذه المخاوف والتهديدات والتي لا يكون الإنسان على علم بها كلية تعمل بكل طاقتها اللاشعورية كمنبه لعملية إنتاج الأنسولين، ومن ثم تؤدي إلى ظهور البول السكري الحقيقي Diabetes.

ولقد ذكرت «فلاندرز دنبار» Dunbar F. في كتابها Dunbar F. «الانفعالات والتغييرات البدنية» الدراسات الخاصة بالبول السكري Diabetes Mellitus الانفعالي، وزيادة السكر في الدم. وأشارت التجارب الكلاسيكية لكانون والتي أثبتت أن القطط إذا هيجت أو أغضبت يظهر لديها البول السكري نتيجة لذلك. كما يوجد السكر في بول اللاعبين بعد مباريات

كرة القدم التي تكون مثيرة بين الفرق المختلفة، ولدى الطلبة بعد الامتحانات الصعبة، كما تحدث زيادة في السكر في الدم لدى الجنود والضباط إذا تعرضوا للخطر. وكذلك يؤدي القلق لدى المرضى قبل العمليات الجراحية لزيادة السكر في الدم. ويغير الإيحاء أثناء التنويم من مستوى السكر أيضاً.

وعلى الرغم من وجود دليل جديد (Mirsky) يلقي الشك حول مسؤولية زيادة السكر في الدم في البول السكري glycosuria والذي يحدث نتيجة ارتباطه بالضغط الانفعالي إلا أنه اقترح ضرورة عزوه لانخفاض في امتصاص الجلوكوز من أنابيب الكلي، والحقيقة الإكلينيكية تتمثل في أن الضغط الانفعالي يؤدي إلى ارتفاع سريع في تركيز السكر في الدم في البول السكري (٦ : ٤٧).

النواحي التاريخية: ذكر كل من هاجنسون، ولايود Haagenson & Lioyd أن بداية معرفتنا الحديثة بالبول السكري ترجع للسنة الأولى للثورة الأميركية عندما اكتشف الطبيب ماتيو دوبسون Matthew Dobson بملجأ ليفربول، أن البول الذي يكون بكميات كبيرة لدى المرضى بهذا المرض يحتوي على السكر. وأدى هذا الكشف لمحاولات لضبط المرض بتحديد كمية السكر في الغذاء، وهي طريقة غير ناجحة، ولقد بدأ البحث التجريبي على البول السكري بواسطة طبيب روسي عام ١٨٨٩ وهو دكتور أوسكار منكوفسكي Oskar Minko-wske، وبعد ذلك استمر البحث بواسطة المساعد الصغير للأستاذ نايونين Nauyn في جامعة ستراسبورج.

ولقد أزال منكوفسكي البنكرياس في أحد الكلاب، واكتشف ظهور بول سكري بدرجة عالية في الحال، واستطاع الحيوان تحمل هذا الخطر في البداية لكنه انهار بعد أسابيع قليلة، كما وجد ارتفاع في محتوى السكر في الدم. ولقد أجريت بعد ذلك المزيد من الدراسات بواسطة «إيوجين أوباي» Eugene I, Opie عام ١٩٠٠، والذي قام بدراسة ميكروسكوبيه لقطاعات من بنكرياس بنت صغيرة ماتت بسبب البول السكري فشاهد أوباي (Opie)

أن جزر لانجرهانز Langer Hanz (نسبة إلى بول لانجرهانز ١٨٤٧ ـ ١٨٨٨ وهو طبيب تشريح ألماني وصف جزر لانجرهانز بالبنكرياس والتي أطلق عليها اسمه) قد تحللت لدرجة أنه لم يكن لها وجود. ولقد قادت ملاحظاته بالفسيولوجي الإنجليزي سير ادوارد شيفر Sir Edward Schafer عام ١٩١٦ لتصور نظري هو أن خلايات البنكرياس الخاصة أنتجت بعض أشكال الإفراز الداخلي والذي يتحكم في ميتابوليزم السكر. وبعد ذلك بفترة قصيرة جاءت الملاحظات الهامة عن طعام الحمية من السمن في كشف الأنسولين وإلى جانب تلك البحوث الهامة فإنه لم تبذل جهود تستحق الذكر لدراسة المكون الانفعالي لهذا المرض.

العوامل الانفعالية: أكد دانييلز أنه في الفترة من يناير ١٩٣٤ إلى مارس ١٩٣٩ أجريت ٣٣٣٣ دراسة عن البول السكري، كان ٢٣ منها عن العوامل الانفعالية للبول السكري. وبالنسبة للباقي لم يكن به شيء عن العوامل النفسية. ويذكر دانييلز أن الموضوع الرئيسي والتي تعكسه تلك الدراسات هي:

١ ـ أوضحت الدراسات الحالية أن الوراثة هي العامل المحدد.
٢ ـ أشارت فترة الحرب العالمية الأولى أن حياة الجيش لا تهيىء لظهور البول السكري.
٣ ـ هناك انطباع أن التوتر العصبي أو الصدمة لا يؤديان إلى البول السكري أو زيادة السكر في البول أو السكر في الدم.
٤ ـ هناك خلط بين التغيرات النيورولوجية العضوية والتوتر الانفعالي.

الدراسات التجريبية: أعطى دانييلز اهتماماً كبيراً للدراسات التجريبية. ولقد أدى اكتشاف كلا من هوسي، وبياسوتي Houssay & Biasotti عام ١٩٣٠ أن البول السكري يقل في الحيوانات التي يزال منها البنكرياس depencreatized، كما تطول حياتهم عندما يتم استئصال الجزء الداخلي من الغدة النخامية (٥: ١٠٨).

دراسات الشخصية: عندما يتم عمل تقييم لتأثير العامل الانفعالي في تسبيب المرض لا بد أن يوضح الاستعداد التكويني في الاعتبار. ومهما يكن فإنه من غير الجائز عزل تأثير العامل النفسي سواء بسبب وجود عامل وراثي أو بسبب إحداث الحرب العالمية الأولى لأن صدمة القنابل Shell Shock ليست عاملاً هاماً مسبباً للمرض، لأن الاكتشافات السيكاترية الحديثة عن الموضوع رغماً من تشتتها أظهرت ميلاً للأخذ بوجهة النظر الجديدة في التحليل النفسي. ولقد ذكر دانبيلز حالات اتضح فيها أن للاضطرابات الانفعالية أهمية في تسبيب البول السكري.

النواحي السيكاترية: لقد أصبح واضحاً أن المظاهر العصابية تكون مصاحبة للبول السكري وذلك في الحالات التي درست بواسطة السيكاتريين ومن هؤلاء مننجر Menninger w.c.، ودانبيلز، ودنبار التي قارنت حالات البول السكري بالمرضى الذين لديهم كسور عظام، وبالمرضى الذين لديهم مرض الأوعية الدموية.

ولقد جذب مننجر الاهتمام لوجهة النظر السيكاترية الحالية التي تذهب إلى أن بعض الصراعات الانفعالية الشديدة تكون لا شعورية لكن هناك في نفس الوقت قلة من الباحثين الذين لم يتعرفوا على تلك الصراعات الانفعالية اللاشعورية. ولقد أشار مننجر إلى وجود تسع حالات عصاب نفسي من بيئة ثلاثين حالة قام هو بدراستهم. وظهر اضطراب نفسي لدى خمس حالات ينطبق عليها الخصائص الآتية:

١ ـ وجود مرض نفسي سابق لحالة البول السكري.

٢ ـ اختلاف المظهر العقلي في هذه الحالات عنه في الحالات السامة والتي تشاهد أحياناً أما في زيادة السكر في الدم أو هبوط السكر في الدم Hyperglycemia - hypoglycemia.

٣ ـ إن التحسن في المظهر العقلي كان موازياً لمستويات وجود السكر في

الدم ووجود السكر في البول مع تذبذب في هذه النواحي حسب حدوث الهجمات الانفعالية.

٤ - اتضح في هذه الحالات اضطراب في عمليات الأيض الميتابوليزم - الهدم والبناء - ومن تحكم في الغذاء، أو الأنسولين، والرغبة في تناول الطعام وفي بعض الحالات كان العلاج المستخدم الأنسولين.

٥ - لا تتطلب حالات البول السكري العلاج بالأنسولين أو الغذاء لكن تحتاج للراحة النفسية.

وذكر مننجر أنه لم يتم إخضاع حالة واحدة من هذه الحالات للفحص التحليلي النفسي ولذلك لم يتم تحديد القوى اللاشعورية.

وأحد الأسئلة التي يتم طرحها بصورة متكررة هو:

ما هي الخصائص العقلية المرتبطة بالبول السكري خاصة الذهان السام toxic psychoses الذي يعزي للبول السكري؟ وعلق مننجر على ذلك بقوله «إن تلك المجموعة من حالات التسمم تمثل نسبة صغيرة من عدد الحالات التي يرتبط فيها البول السكري بالمرض العقلي». ونذكر أهم النواحي السيكاترية فيما يلي:

الاكتئاب: وجد دانييلز الاكتئاب في عشر حالات من ٢٣ حالة من حالات البول السكري وذلك من خلال الملاحظة أو دراسة تاريخ حياة الحالة وفي خمس حالات كان الاكتئاب استجابة لفقد حب الموضوع. وقد وجد جبالي نور الدين (١٩٨٩) ميولاً اكتئابية لدى مرضى السكري في دراسة على عينة جزائرية.

القلق: ركز دانييلز على عامل القلق في الحالات التي درسها رغماً من أن القلق كان معبراً عن نفسه في اضطراب عمليات الأيض disturbed metabolisem، وذهب إلى أنه إذا كانت حالات البول السكري لديها عصاب شديد فإن الفرصة تكون سانحة لدراسة التفاعل بين القلق وعمليات الأيض (هدم - بناء) حيث أن ذلك سيبلور فكرة أن البول السكري لا يمكن

شفاؤه لمصاحبته للأعراض العصابية والتي لم تتأكد بعد (٧: ٥٠).

الحرمان: وجدت دنبار .Dunbar F أن النموذج الغالب لدى مرضى البول السكري يتركز في الحرمان وتزايد الميول الشخصية السلبية، كما أن الحنق لديهم يلعب دوراً أساسياً في مواقف الحياة (٦: ٥٨).

الفصل السابع والثلاثون

دراسة مقارنة بين مرضى البول السكري ومرضى أجهزة الجسم الأخرى على محكات الكفاية الإنتاجية

نعرض فيما يلي لدراستين فرعيتين: ـ

١ ـ الأولى يتم فيها المقارنة على محكات الكفاية الإنتاجية بين مرضى جهاز الغدد الصماء (وضمنهم مرضى البول السكري) وبين مرضى باقي الأجهزة.

٢ ـ وفي الدراسة الثانية يتم فيها المقارنة بين مرضى البول السكري والأسوياء بالنسبة للمكانة السوسيومترية (محمود أبو النيل ١٩٨٤).

(١) الدراسة الأولى

العوامل النفسية في مرضى البول السكري ـ دراسة مقارنة بين مرضى البول السكري ومرضى أجهزة الجسم الأخرى على محكات الكفاية الإنتاجية.

وقد شملت هذه الدراسة ٢٢٠ حالة في شركة الحديد والصلب وشركة النصر لصناعة السيارات. حيث تمت المقارنة بين مرضى أجهزة الجسم المختلفة وهي:

	عدد
١ ـ الجهاز المعدي معوي	٤٧
٢ ـ جهاز القلب والأوعية	٣٤

٣ ـ الجهاز التنفسي	٦٠
٤ ـ الجهاز العصبي المركزي	٧
٥ ـ جهاز الجلد والحساسية	١٣
٦ ـ جهاز الغدد الصماء والأيض (يدخل فيها حالات البول السكري)	٢٥
٧ ـ الجهاز البولي والتناسلي	١٠
٨ ـ الجهاز الهيكلي	٢٤

وستتم المقارنة بين مرضى الأجهزة السابقة ومرضى البول السكري في مؤشرات الكفاية الإنتاجية الآتية:

١ ـ الجزاءات.
٢ ـ الغياب بدون إذن.
٣ ـ التأخير عن العمل.
٤ ـ ترك العمل بدون إذن.
٥ ـ عدم إنجاز العمل المطلوب.
٦ ـ مخالفة التعليمات.
٧ ـ إصابات العمل.

ويعني ذلك أن زيادة مرات تلك المؤشرات في ملف عمل الفرد تشير إلى انخفاض كفايته الإنتاجية، وانخفاضها وندرتها تشير إلى ارتفاع كفاية الفرد الإنتاجية.

نتائج الدراسة

تم جمع البيانات الخاصة بمؤشرات الكفاية الإنتاجية من ملفات العاملين في الشركتين وفيما يلي نتائج المقارنة بين مرضى البول السكري وباقي الأجهزة.

١ ـ الفرق بين مرضى البول السكري ومرضى باقي الأجهزة على محك:

(١) الجزاءات

يبين الجدول (١) دلالة الفرق بين مرضى البول السكري ومرضى باقي الأجهزة على محك الجزاءات:

رقم	الجهاز	عدد مراء الجزاءات		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		السكري	باقي الأجهزة		
		٪ (١)	٪ (٢)		
١	السكري والمعوي معدي	٥٢	٦٨	١,٣٣	غير دال
٢	السكري والقلب	٥٢	٥٢	صفر	غير دال
٣	السكري وعصبي مركزي	٥٢	٥٧	٠,٢٤	غير دال
٤	السكري والجلد	٥٢	٥٣	٠,٠٥	غير دال
٥	السكري والبولي	٥٢	٩٠	٢,١٠	٠,٠٥
٦	السكري والهيكلي	٥٢	٧٥	١,٦٨	غير دال
٧	السكري والتنفسي	٥٢	٧٨	٢,٣١	٠,٠٥

ويلاحظ على نتائج الجدول (٢) وجود فرق دال إحصائياً وعند مستوى ٠,٠٥ بين مرضى البول السكري ومرضى الجهاز البولي والتناسلي وبين مرضى البول السكري ومرضى الجهاز التنفسي بما يشير إلى أن مرضى البول السكري أقل من مرضى هذين الجهازين فيما يوقع عليهم من جزاءات العمل.

٢ ـ الفرق بين مرضى البول السكري ومرضى باقي الأجهزة على محك:

(٢) الغياب بدون إذن

يبين الجدول (٢) دلالة الـفرق على محك الغياب بدون إذن بين مرضى البول السكري ومرضى باقي الأجهزة:

رقم	الجهاز	مرات الغياب بدون إذن		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		البول السكري	باقي الأجهزة		
		(١) ٪	(٢) ٪		
١	السكري والمعوي معدي	٢٤	٢٣	٠,١٠	غير دال
٢	السكري والقلب	٢٤	١٤	٠,٩٨	غير دال
٣	السكري والجهاز العصبي	٢٤	٤٢	٠,٩٤	غير دال
٤	السكري والجلد التناسلي	٢٤	١٥	٠,٩٢	غير دال
٥	السكري والبولي التناسلي	٢٤	٦٠	٠,٨٨	غير دال
٦	السكري والهيكلي	٢٤	٣٧	١,٠٠	غير دال
٧	السكري والتنفسي	٢٤	٣٨	١,٨٦	غير دال

ويتضح من نتائج الجدول السابق (٢) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين مرضى السكرى ومرضى باقي الأجهزة بالنسبة لمحك الغياب بدون إذن.

٣ ـ الفرق بين مرضى البول السكري ومرضى باقي الأجهزة على محك:

٣ ـ التأخير عن العمل

يوضح الجدول (٣) دلالة الفرق على محك التأخير عن العمل بين مرضى البول السكري ومرضى باقي الأجهزة:

رقم	الجهاز	مدى التأخير عن العمل		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		السكري	باقي الأجهزة		
		٪ (١)	٪ (٢)		
١	السكري والمدي معوي	٣٦	٢٩	٠,٥٨	غير دال
٢	السكري والقلب	٣٦	٢٠	١,٣٦	غير دال
٣	السكري والجهاز العصبي	٣٦	٢٨	٠,٤٠	غير دال
٤	السكري والجلد	٣٦	٢٣	٠,٨٠	غير دال
٥	السكري والبولي التناسلي	٣٦	٦٠	١,٢٦	غير دال
٦	السكري والهيكلي	٣٦	٣٧	١,٠٧	غير دال
٧	السكري والتنفسي	٣٦	٤٠	٠,٣٣	غير دال

ويتبين لنا من الجدول (٣) عدم وجود فروق دالة بين مرضى السكري ومرضى الأجهزة الأخرى على محك التأخير عن العمل.

٤ ـ الفرق بين مرضى البول السكري ومرضى باقي الأجهزة على محك:

٤ ـ ترك العمل بدون إذن

يبين الجدول (٤) دلالة الفرق على محك ترك العمل بدون إذن بين مرضى البول السكري ومرضى باقي الأجهزة:

رقم	الأجهزة	٪ لترك الع بدون إذن		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		السكري	باقي الأجهزة		
		(١) ٪	(٢) ٪		
١	السكري والمعوي معدي	١٦	١٢	٠,٤٨	غير دال
٢	السكري والقلب	١٦	١١	٠,٥٦	غير دال
٣	السكري والعصبي المركزي	١٦	٤٢	٠,٩١	غير دال
٤	السكري والجلد	١٦	٢٣	٠,٥٤	غير دال
٥	السكري والبولي التناسلي	١٦	٢٠	٠,٢٨	غير دال
٦	السكري والهيكلي	١٦	٢٥	٠,٧٩	غير دال
٧	السكري والتنفسي	١٦	٣٣	١,٥٥	غير دال

ونجد في الجدول (٤) أنه لا توجد فروق دالة بين مرضى السكري ومرضى باقي الأجهزة على محك ترك العمل بدون إذن.

٥ ـ الفرق بين مرضى البول السكري ومرضى باقي الأجهزة على محك:

٥ ـ عدم إنجاز العمل المطلوب

يوضح الجدول (٥) دلالة الفرق بين محك عدم إنجاز العمل المطلوب بين مرضى البول السكري ومرضى باقي الأجهزة:

رقم	الأجهزة	٪ عدم إنجاز العمل المطلوب		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		السكري	باقي الأجهزة		
		٪ (١)	٪ (٢)		
١	السكري والمعدي	١	٢٥	١,٧٠	غير دال
٢	السكري والقلب	١	١٧	١,٣٢	غير دال
٣	السكري والعصبي المركزي	١	١٤	١,١٢	غير دال
٤	السكري والجلد	١	٢٣	١,٥٨	غير دال
٥	السكري والبولي التناسلي	١	٢٠	١,٣٦	غير دال
٦	السكري والهيكلي	١	١٦	١,٨٩	غير دال
٧	السكري والتنفسي	١	٢٨	١,٨٣	غير دال

يتبين من الجدول (٥) عدم وجود فروق دالة بين مرضى السكر ومرض باقي الأجهزة على محك عدم إنجاز العمل المطلوب.

٦ ـ الفروق بين مرضى البول السكري ومرضى باقي الأجهزة على محك:

٦ ـ مخالفة التعليمات

يوضح الجدول (٦) دلالة الفرق على محك مخالفة التعليمات بين مرضى البول السكري ومرضى باقي الأجهزة:

رقم	الأجهزة	٪ مخالفة التعليمات		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		السكري	باقي الأجهزة		
		(١) ٪	(٢) ٪		
١	السكري والمعدي معوي	٢٤	٣٦	١,٠٥	غير دال
٢	السكري والقلب	٢٤	٢٦	٠,١٧	غير دال
٣	السكري والعصبي	٢٤	٤٢	٠,٩٥	غير دال
٤	السكري والجلد	٢٤	٣٨	٠,٨٩	غير دال
٥	السكري والبولي	٢٤	٨٠	٣,٠٥	دال ا.ر
٦	السكري والهيكلي	٢٤	٠٥	١,٧٣	غير دال
٧	السكري والتنفسي	٢٤	٤٦	١,٨٣	غير دال

يوجد في الجدول (٦) فرق دال إحصائياً بين مرضى البول السكري ومرضى الجهاز البولي في محك مخالفة التعليمات بما يشير إلى أن مرضى السكري لا يخالفون التعليمات كثيراً كمرضى الجهاز البولي والتناسلي.

٧ ـ الفروق بين مرضى البول السكري ومرضى باقي الأجهزة على محك:

٧ ـ الإصابة في العمل

يبين الجدول (٧) دلالة الفرق على محك الإصابة في العمل بين مرضى البول السكري ومرضى باقي الأجهزة:

رقم	الأجهزة	٪ الإصابة في العمل		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		السكري	باقي الأجهزة		
		٪ (١)	٪ (٢)		
١	السكري والمعدي	١	١٠	١,٢٤	غير دال
٢	السكري والقلب	١	١٤	١,٨١	غير دال
٣	السكري والعصبي	١	١	صفر	غير دال
٤	السكري والجلد	١	١	صفر	غير دال
٥	السكري والبول	١	١٠	١,٢٥	غير دال
٦	السكري والهيكلي	١	١٦	١,٩٦	٠,٠٥
٧	السكري والتنفسي	١	١٣	١,٧١	غير دال

ويتضح من الجدول (٧) وجود فرق دال بين مرضى البول السكري ومرضى الجهاز الهيكلي على محك الإصابة في العمل.

ويلاحظ على نتائج الجداول السابقة ما يلي:

١ ـ توجد فروق دالة إحصائياً بين مرضى السكري ومرضى البولي على محك الجزاءات بما يشير إلى أن مرضى السكري أقل جزاءات من مرضى الجهاز البولي والتناسلي.

٢ ـ توجد فروق دالة إحصائياً بين مرضى السكري ومرضى الجهاز التنفسي

على محك الجزاءات بما يشير أيضاً أن مرضى السكري أقل جزاءات من مرضى الجهاز التنفسي.

٣ ـ توجد فروق دالة إحصائياً بين مرضى السكري ومرضى الجهاز البولي على محك مخالفة التعليمات والفرق في صالح مرضى الجهاز البولي أي أن مرضى السكري أيضاً أقل مخالفة للتعليمات من مرضى الجهاز البولي.

٤ ـ توجد فروق دالة إحصائياً بين مرضى السكري ومرضى الجهاز الهيكلي على محك الإصابة في العمل ومرضى السكري أيضاً أقل وقوعاً في الإصابات من مرضى الجهاز الهيكلي.

٥ ـ تعكس النتائج السابقة أن مرضى السكري أكثر توافقاً من مرضى الجهاز البولي والجهاز التنفسي والجهاز الهيكلي إذ أن عدد الجزاءات التي توقع عليهم تكون أقل ومرات مخالفتهم للتعليمات أقل ومرات وقوعهم في إصابات العمل أقل أيضاً.

٦ ـ لا توجد فروق دالة بين مرضى السكري ومرضى باقي الأجهزة على محكات الغياب بدون إذن والتأخير عن العمل وترك العمل بدون إذن وعدم إنجاز العمل.

(٢) الدراسة الثانية

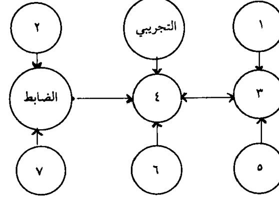
دراسة عن المكانة السوسيومترية لدى مرضى البول السكري

تم في المجلد الأول من هذا الكتاب عرض النتائج الخاصة بدلالة الفرق على جوانب الاختبار السوسيومتري بين المرضى السيكوسوماتيين عامة وبين الأسوياء. ونعرض فيما يلي للسوسيوجرام Sociogram الخاص بكل من القيادة والمكانة الاجتماعية لمرضى البول السكري وعددهم اثنين (حالتين فقط). ولقد طبق الاختبار السوسيومتري على المجموعة التي يعمل معها

مريض البول السكري، وعلى مجموعة الفرد «الضابط» المناظر لذلك المريض.

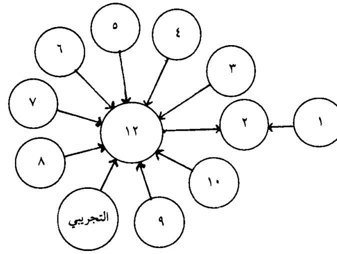
أولاً: بالنسبة للقيادة

(١) مجموعة (م.ج.) الفرد التجريبي، هي نفس مجموعة (ج.ع.) الفرد الضابط: سبق عرض التحليل الخاص بالسوسيوجرام المتعلق بمريض البول السكري (م. ح.) في جزء آخر من المجلد الأول ونعرض فيما يلي لذلك السوسيوجرام الذي يوضح الاختبارات السوسيومترية المتبادلة بين مريض البول السكري وزملائه في نفس مجموعة العمل وذلك بالنسبة للقيادة.



ويتضح من الرسم ونتيجة للاختيارات المتبادلة بين الفرد الضابط وأفراد المجموعة أنه يتمتع بتوافق نفسي سوى نتيجة ذلك في حين أن الفرد التجريبي (مريض البول السكري) يسوء توافقه النفسي والاجتماعي. لكن التساؤل الذي يظل مطروحاً مع هذا متمثلاً في أيهما السبب والنتيجة هل سوء التوافق سببه المرض أم أن المرض سببه سوء التوافق.

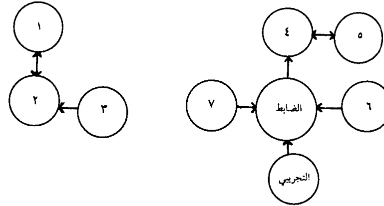
(٢) مجموعة (ي.م.م.) فيما يلي سوسيوجرام الاختبارات السوسيومترية المتبادلة داخل الجماعة التي يعمل بها مريض البول السكري (ي.م.م.) بالنسبة لجانب القيادة.



ويتبين من السوسيوجرام عزلة الفرد التجريبي (مريض البول السكري) مما يعكس عدم توافقه الاجتماعي مع أفراد الجماعة التي ينتمي وإن كان هناك من بين أفراد المجموعة من يماثله في ذلك.

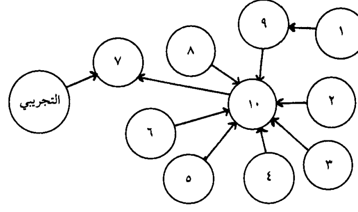
ثانياً: بالنسبة للمكانة الاجتماعية

(١) يبين السوسيوجرام التالي طبيعة الاختيارات بين أفراد مجموعة الفرد التجريبي (مريض البول السكري) والفرد الضابط بالنسبة للمكانة الاجتماعية.



ويتضح من السوسيوجرام السابق الاختيارات الموجهة لكل من الفرد الضابط والفرد التجريبي والتي تعكس عدم توجه أي من هذه الاختيارات للفرد التجريبي مما يشير إلى عزلته عن باقي المجموعة.

(٢) ويبين السوسيوجرام الآتي أيضاً المكانة الاجتماعية للفرد التجريبي داخل مجموعته (محمود أبو النيل ـ ١٩٨٤ ص ٣٢٠).



ويتبين من الرسم عزلة الفرد التجريبي من أفراد المجموعة التي يعمل معها.

مراجع الفصل السادس والثلاثين

١ ـ جبالي نور الدين ـ علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية دراسة مقارنة بين حالات القرحة المعدية ـ ماجستير بآداب عين شمس تحت إشراف محمود أبو النيل ـ ١٩٨٩ .

٢ ـ محمود أبو النيل ـ الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي ومرضى الأجهزة الأخرى على محكات العمل في كتاب الأمراض السيكوسوماتية ـ تأليف ـ محمود أبو النيل ـ مكتبة الخانجي ـ القاهرة ـ ١٩٨٤ صفحة ٥٠٩ .

٣ ـ محمود أبو النيل ـ الأمراض السيكوسوماتية ـ مكتبة الخانجي ـ القاهرة ١٩٨٤ ـ صفحة ٣٢٠.

٤ ـ مصطفى زيور ـ مجلة علم النفس ـ فصول في الطب السيكوسوماتي العدد الأول ـ يونيو ـ ١٩٤٥ صفحة ٢٢ .

5 - Anderson E.W. & Trethowan, W.H. Psychiatry, Baillere Tindall, London, 1967, p. 108.

6 - Dunbar, Flanders, Mind and Body: Psychosomatic Medicine, Random House, New York, 1958, p. 47-58, 58-60.

7 - Weiss, Edward & English, co., Spurgeon, Psychosomatic Medicine, W., W.B., Saunder, London, 1950, P. 50-54.

الباب الخامس عشر

الدراسة التاسعة

العوامل النفسية في أمراض الجهاز البولي والتناسلي والوظيفة الجنسية

الفصل الثامن والثلاثون

العوامل النفسيّة في أمراض الجهاز البولي والتناسلي

مقدمة: لقد نشر أول بحث متخصص في علم أمراض النساء gynecology السيكوسوماتي عام ١٩٥١. وبالرغم من أن اتجاهات الأبناء ذكوراً وإناثاً قد تغيرت اليوم نحو المسائل الجنسية عامة. إلا أنه يلاحظ في نفس الوقت أن عديداً من الاضطرابات لدى الذكور والإناث، لا ينبغي الكشف عنها أمام الآخرين لارتباطها بهذه النواحي كأنيميا فقر الدم الناتج عن الحيض والتي تصاحب مظاهر البلوغ لدى البنت. ونتيجة لأن معظم الأسر تحرم الحديث حول هذه الموضوعات الجنسية، فإن معلومات الأولاد نحوها تكون مبهمة غامضة وتعتمد على ما يصل إليهم من مصادر مختلفة، وتكون النتيجة أسوأ مما يتوقع الآباء.

ونظراً لما يكتنف هذه الموضوعات من تحريم وغموض لدى الأبناء فإنهم يقعون ضحية الصراع الانفعالي نتيجة ما يتقبلونه من أحاديث قد تكون خاطئة عن هذه الموضوعات، في حين أن الآباء قد طبعوهم على عدم تناولها. وقد يأتي اليوم الذي تعبر فيه هذه الصراعات عن نفسها في صورة «عادة الإجهاض» Abortion habit والتي تصل نسبتها من ١ ـ ٤ أي أنه في كل أربع حالات ولادة تنتهي واحدة بإجهاض تلقائي. ويذهب البعض إلى أن هناك وجه شبه بين عادة الإجهاض وعادة الاستهداف للحوادث Accident pronenes يتمثل في الاضطرابات والصراعات الانفعالية، لكن هناك اختلافاً بينهما ففي حين أن ضحية الحادثة لا ينسب وقوعه في الحادثة لأي عامل انفعالي إلا أنه في حالة «عادة الإجهاض» تقنع الفتاة نفسها أن

فقدان الوليد يكون بسبب شيء ما في عقلها وليس راجعاً إلى التعب أو السقوط كما عزت إجهاضها في بادىء الأمر. وبشيء من الاستقصاء والتحليل قد يتضح أن المرأة التي تكون كثيرة الإجهاض تخاف أو تكره الحمل والأمومة. ولا يخفى على أحد أنه يحدث غالباً أن يستمع الأطفال للمناقشات والتعليقات الخاصة بتلك النواحي أي أنهم يسمعون ما يحدث بصوت منخفض بين الأباء والأمهات ويكون رد فعل ذلك أن تنمو لديهم مشاعر تتعلق بأن مثل ذلك قد يحدث لهم عندما يصبحن أمهات (٦ : ٥٥).

أهم اضطرابات الجهاز التناسلي

سنتكلم عن أهم اضطرابين من اضطرابات الجهاز التناسلي وهما:

١ ـ العقم.
٢ ـ العنة.

(١) العقم:

ويعتبر العقم Sterility أو عدم الإخصاب Infertility واحداً من أعظم المشاكل الأسرية اليوم. وقد تختفي مثل هذه الظاهرة أو المشكلة إذا شئنا أن نسميها كذلك إذا لم تنظر للإحصاءات نظرة نطل من خلالها لمعنى الأرقام. والدليل على ذلك أن ارتفاع معدل المواليد في أمريكا يؤكد أن أي زواج صحي ممكن أن ينجب أطفالاً إذا رغب الزوجان في ذلك. لكن المسح الدقيق لهذه المسألة أوضح أن خمسة ملايين امرأة في أمريكا لم ينجبن أطفالاً وذلك من بين أربعين مليون امرأة متزوجة. ولقد أشار المسح الإحصائي الدقيق أن واحداً من بين عشرة أزواج يكون عقيماً أو ليست لديه القدرة على الإخصاب، وهذا يعني أن عددهم يصل إلى أربعة ملايين زوج في التعداد الحالي في الولايات المتحدة الأمريكية ولا يوجد إحصاء عن ذلك بالنسبة للمصريين.

العلاج:

يذهب دكتور جون روك John Rock من بوسطن وهو أشهر طبيب في علاج العقم إلى أن الطرق الجسمية والنفسية في العلاج تكون مجدية في حالة واحدة من كل خمس حالات، والعامل الأساسي الهام في ذلك أن تكون أنابيب الرحم أنابيب فالوب (Fallopian tubes) مفتوحة، وهي الأنابيب التي تجد البويضة طريقها للرحم من خلالها، ولقد كان هناك لفترة طويلة من الزمن اعتقاد بوجود إصابات معينة تسد هذه الأنابيب في حين أنه صار من المعروف بعد ذلك وجود عدة طرق لإنتاج تقلصات عقلية مثلما يحدث عندما يغلق المرء خرطوماً من المطاط بالوقوف عليه، وتؤدي الصدمة الانفعالية إلى سد هذه الأنابيب. ولو حدثت الصدمة عند التبويض Ovulation أي عند خروج البويضة من المبيض ـ تلك العملية التي تحدث مرة واحدة في الشهر ـ فإن البويضة قد تموت قبل أن تصل لخلية الحيوان المنوي Sperm cell وإذا تكرر حدوث ذلك عدة أشهر متتالية فسوف تعتقد المرأة أنها عقيمة.

دراسة حالة: حدث لمسز R مثل هذه التقلصات وهي متزوجة في سن العشرين وبعد ثلاث سنوات من زواجها ذهبت للطبيب. وكانت معلوماتها أن الزوجات إذا لم يتناولن حبوب منع الحمل فإنهن ينجبن في السنة الأولى كما أنها قرأت أن الأسباب المختلفة لعدم الخصوبة من الممكن علاجها مبكراً. ولقد طلبت من الطبيب إجراء مجموعة من الاختبارات عليها، كان أولها الكشف عما إذا كانت أنابيب الرحم لديها مفتوحة أم لا، ولقد بين الكشف أنها مغلقة. وأعيد الكشف مرة أخرى فتأكدت نفس النتيجة. ولقد اتضح أن العضلات كانت منقبضة لا إرادياً وقت التبويض. ولقد تبين بعد ذلك أن مسز R كانت قد اكتسبت في طفولتها قلقاً يرتبط بمخاطر ومتاعب الحمل، وبعد الزواج استعادت هذه المخاوف والذي تمثل دورها في التأثير في الجهاز العصبي اللاإرادي والذي اعترض بدوره رغبتها الشعورية في الحمل. وبالإضافة لذلك تظهر لدى

هؤلاء النساء أعراض الصداع والغثيان حتى تنتهي فترة التبويض القصيرة، وبذلك يتجنبن الجماع خلال الوقت الوحيد الذي يمكن أن يحملن فيه رغماً من أنهن يكررن رغبتهن في الإنجاب. ولقد لاحظ أطباء أمراض النساء أن مريضاتهن غالباً ما يصبحن حاملات بعد إجراء اختبار أنابيب الرحم عليهن ويحدث ذلك سواء كان تقرير الاختبار سالباً أم موجباً وتفسير ذلك يتركز في أن الاختبار نفسه من الممكن أن يكون قد أزال التوتر الانفعالي الذي سبب العقم ومع هذا ففي نساء أخريات وجد أن الاختبار قد زاد من التوتر.

(٢) العنة:

اعتقد منذ عدة قرون أن العقم راجع كلية إلى اضطرابات لدى الأنثى إلا أن ضرورة وجود وريث للملك وليم ملك انجلترا وزوجته ماري قد أدار الدفة نحو الرجل. فقد كانت زوجة الملك وليم قوية وتتمتع بصحة عالية أما الملك نفسه فقد كان يعاني من مرض الربو طول حياته ومن اضطرابات هضمية كما أنه كان عصابياً وغير متزن المزاج.

وفي السنين الأخيرة وجد أن عدم الإنجاب يرجع لضعف في الرجل، كما في الأنثى ولقد وجد دكتور روك Dr. Rock (والذي عالج في عيادته عدة آلاف من حالات الأزواج الذين عندهم عقم) أن في ثلث حالاته أي ٣٣,٣٪ منهم كان كلا الزوجين عندهما عقم وهكذا دخل الرجل كعامل له علاقة بالعقم.

ولقد كان معروفاً منذ وقت طويل أن العلاج الفسيولوجي للعنة غير مؤثر نسبياً لاقتصاره على النواحي العضوية، إلا أن فهم دور الصعوبات الانفعالية في العنة قد غير الموقف الآن. فعلاقة العوامل الانفعالية بالعنة كعلاقتها بالعقم إذ تؤثر تأثيراً شبيهاً بالتقلص الأنبوبي tubal spasm في الأنثى ويعالج هذا التقلص بإزالة الصراع الانفعالي. ولقد اكتشف أنه على الرغم من أن الحركة الطبيعية للحيوان المنوي تؤدي إلى إخصاب بويضة واحدة فإن هذا ليس أساساً كافياً للحكم على قدرة الرجل في أن يكون أباً،

فليس المهم هو عدد خلايا الحيوان المنوي لكن نوع هذا الحيوان وقدرته على التحرك والانتقال وهذه النواحي تتأثر بعدة نواحي كالعدوى والتعب. لكن إذا لم يكن هناك توتراً أو صراعاً انفعالياً فإن دور العوامل الجنسية كالتعب يكون صغيراً حداً. (Dunabr F.) (٥ : ٧٧).

أشكال العنة لدى الرجل

تلاحظ العنة Impotence لدى الرجال في الأشكال الآتية:

١ ـ عدم الاهتمام	No interst
٢ ـ عدم الانتصاب (الارتخاء)	No erection
٣ ـ عدم التحمل (والبقاء فترة طويلة)	No endurance
٤ ـ عدم التهيج	No orgasm
٥ ـ عدم اللذة	No Pleasure

ونتناول فيما يلي كل شكل من هذه الأشكال:

(١) عدم الاهتمام:

في هذا الشكل من أشكال العنة لا تنعدم الرغبة في الجماع الجنسي نهائياً لدى الرجال، لكن بالنسبة للمرأة يوجد الاهتمام لديها في الجماع. وهنا فإن الطبيب غالباً ما يكون مشدود الاهتمام للتعرف على مثل هذه الحالات من خلال الزوجة أكثر من خلال المريض نفسه.

(٢) عدم الانتصاب:

ويشيع هذا الشكل من أشكال العنة بين الرجال ويعتبر هذا الشكل مرضياً إذا أصبح متكرراً. ويوجد تناقض في عدم الانتصاب فعلى الرغم من أن الشخص يكون ذا طاقة جنسية كبيرة ويكون منتصباً انتصاباً قوياً قبل الجماع فإنه لا يكون ذا تأثيراً وفاعلية عند اللحظة المتاح له فيها الأداء.

(٣) عدم التحمل:

إن القذف ejaculation غير الناجح أو المبكر شأنه في ذلك شأن التهيج والإثارة القوية فسواء كان القذف قبل أو بعد الولوج Intromission يعتبر شكلاً من أشكال العنة الواسعة الانتشار. وبهدف القذف المبكر إلى إبطال مفعول نهاية الجماع المتمثل في بعدي الرغبة في التناسل، والإنجاب، وكلا هذين البعدين يكونان معترضين.

(٤) عدم التهيج:

ويعتبر عدم التهيج على عكس القذف المبكر.

(٥) عدم اللذة:

إن بعض الناس الذين يعتقدون أنهم قادرون على القيام بالفعل الجنسي بطريقة ميكانيكة تهدف فقط لإرضاء زوجاتهم، وغياب اللذة لدى الأزواج بهذا الصورة يعتبر شكلاً من أشكال العنة وهناك شكل آخر من أشكال العنة يتمثل في الشعور بالندم بعد إكمال الفعل.

الانحرافات المرتبطة بإشباع الشهوة بأثر من المعشوق:

توجد أشكال نسبية من العنة يحصل المرء فيها على الجنس بمساعدات خاصة كأن يستطيع المعاشرة cohabit فقط إذا ارتدت زوجته قفازاً في يدها، وشخص آخر يستطيع القيام بالوظيفة الجنسية من الوضع المخالف، وآخر إذا صفعته زوجته أو العكس. وتعالج تلك الحالات الفتشية سيكلوجياً.

أشكال العنة لدى المرأة

فيما يلي أهم أشكال العنة لدى المرأة:

١ ـ النفور Great aversion

٢ ـ الخضوع المؤلم Painful submission

٣ ـ عدم المبالاة السلبية Passive indeffrence

٤ ـ فقدان الحس التناسلي Genital anesthesia

٥ ـ شبق النساء (حب الجماع) Nymphonaic

ونتناول فيما يلي كل شكل من هذه الأشكال:

(١) النفور:

لا توجد مثل هذه الأعراض لدى الرجال فالنفور والرعب من الفعل الجنسي حالة تعتري النساء خاصة، ولا يضاهيها من حيث ذلك إلا منظر الولادة. ففي الجماع الجنسي تحدث تقلصات في المهبل قد تؤدي إلى عدم الجماع vaginismas وتكون نتيجة للمشقة النفسية المصاحبة لذلك.

(٢) الخضوع المؤلم:

ويعتبر الخضوع المؤلم شكل من العذاب القانوني Legalized toture حيث تخضع المرأة للجماع وهو في نظرها شر ضروري وفي هذه الحالة يظل المخاط المهبلي vaginal mucous جافاً وغير قابل للاستقبال.

(٣) عدم المبالاة السلبية:

في هذا الشكل لا تهتم الأنثى كلية بالجنس، ويكون تحملها للجماع من أجل زوجها فقط ويندر أن يكون لديها إحساساً بالجماع سواء كان ساراً أو مؤلماً.

(٤) فقدان الحس التناسلي:

والإناث في هذا الشكل يحاولن أن يكن عاديات ببذل الكثير من المجهود والطاقة من أجل ذلك. وهن يقرأن الكتب الكثيرة حول حالتهن ويستشرن أصدقائهن وجيرانهن والأطباء بل وأيضاً الدجالين Quacks.

يحدث صراع بين جميع وظائف الكائن الحي من أجل الوصول للرغبة والشهوة Craving الغريزية للفرد، ومن أجل ذلك يعد الجسم أتوماتيكياً فيندفع الدم إلى العضلات وتتحرك كميات كبيرة من الجليكوجين glycogen والأدرينالين والبروترومين. وتتركز الدوافع المرتبطة بالعجز والبرود في:

(١) المخاوف اللاشعورية:

(٢) صراع الحب.

أولاً ـ المخاوف اللاشعورية:

لقد بينت الخبرة الإكلينيكية للتحليل النفسي المخاوف اللاشعورية المرتبطة بالعنة وتختلف هذه المخاوف من حالة لأخرى لأن هناك بعض المبادىء العامة الممكن تطبيقها والتي ظهرت من خلال الفحوص الإكلينيكية التي أجراها المحللون النفسيون وفيما يلي بعضاً منها:

(١) الخوف من العقاب:

ويعتبر الخوف من العقاب أحد المخاوف الهامة وينتج عن التحريمات الخاصة بالجنس والسائدة في المجتمع أثناء تنشئة الطفل. ويميز الراشد بعد ذلك من خلالها بين الأشياء التي يعاقب عليها المجتمع فعلاً والأفعال التي يتوقع أن يعاقب عليها فقط. وبالنظر للمادة الإكلينيكية نجد أن المريض من خلال حديثه في العلاج التحليلي يتضح أنه لا يستطيع الوصول لدرجة النجاح عند الجماع مع زوجته ويتكرر ذلك كثيراً. هذا في حين أن زوجته لا عيب فيها فهي تتمتع بصحة جيدة وقوة بدنية وذات عاطفة أموية كثيرة نحو أبنائها. ويكشف المحلل أن المريض يفكر كثيراً في زوجته لأنها تشبه أمه وباسترجاعه لذكرياته يجد أنه على الرغم من أنه كان يحب أمه إلا أنه كان يخاف كثيراً منها لقسوتها عليه عندما كان يخالف أوامرها. ولقد ذكر المريض أيضاً أن معاملة أمه له كانت تتأرجح بين الشفقة والعقاب. وأثناء

العلاج ذكر المريض حادثاً مزعجاً فلقد كان يلعب مع بنت الجيران في الفناء الداخلي للمنزل، ثم رأتهما أمه التي صرفت ابنة الجيران وقامت بضربه بالسوط بشدة وطلبت منه عدم العودة لذلك مرة ثانية. ولقد ذكر المريض للمحلل أنه كان مندهشاً جداً أن يرى البنت الصغيرة مختلفة تماماً عنه. ولقد أدى ذلك إلى زيادة قلقه ولقد شمله شعور لعدة أيام بأن شيئاً ما قد يحدث لقضيبه. وفي يوم ما وعندما كان يقوم بفحص قضيبه وجد أن ذلك يعطيه قدراً كبيراً من اللذة، وأدى به هذا للاستمناء لمدة قصيرة. واتفق حدوث ذلك مع توقع أمه لاستمنائه فقالت له بصورة غامضة يجب ألا تلعب في قضيبك لأن ذلك يؤدي إلى المرض حتى الجنون فأزعجه وأرعبه هذا الكلام وقال: «أنها لا تعرف ماذا أفعل وربما أفقد الآن قضيبي وأصبح مثل هذه البنت أو ربما أفقد عقلي». ولم تتركه أمه عند هذا الحد بل حذرته كثيراً من أنه لن يستطيع النوم ولا الدراسة. وحدث له بعد ذلك أن فقد كثيراً من وزنه، وفحصه طبيب العائلة من التدرن الرئوي فلم يجده مصاباً به لكنه حذره في نفس الوقت.

وواضح من هذه الحالة أن الرجل زوج لامرأة تمثل لا شعورياً صورة جديدة من أمه التي أحبها كثيراً وخاف منها في نفس الوقت والتي نجحت في كف أنشطته الجنسية خلال الطفولة.

(٢) مخاوف أخرى:

غالباً ما يرتبط العجز والبرود بمخاوف أخرى في الطفولة يكون مصدرها المفهوم الخطأ الذي لدى الطفل عن خفايا عالم الجنس. وأحد هذه المخاوف عام بالنسبة للنساء والرجال وهم أنهم سوف يجرحون من شريك الجنس. وهناك عدة أشكال منها: أن لدى النساء أخيلة تتعلق بأنهم سيغلقون لنصفين بواسطة الرجل، ولدى الرجال مخاوف أن النساء بطريقة أو بأخرى سوف يجرحون القضيب.

ثانياً: صراع الحب

ويظهر صراع الحب في صورتين هما:

(١) التثبيتات الوالدية.

(٢) الصراعات الجنسية المثلية.

لقد وجد أن الخوف من العقاب ليس وحده المنتج للعنة والبرودة، فالرغبة الغريزية قد تكف بصراع الرغبات وبمعنى آخر فقد يكون الرجل عفيفاً مع امرأة لأنه يحب أخرى وفي نفس الوقت فإنه لا يعرف العلاقة بين عفته مع امرأة وحبه لامرأة أخرى. وبطبيعة الحال فإن هذا الموقف يرتبط بالحياة الثالثة التي يعيشها المرء في طفولته ويتضح هذا الموقف في حالة الولد الذي منع من حب زوجته لأنه «مقيد بنظام أمه». ومن ثم فإنه لا يستطيع أن يحب أي امرأة أخرى لأن علاقته بأمه علاقة متعمقة لدرجة أنهم لا يستطيعون إعطاء أزواجهم أي شيء ومثل هؤلاء الرجال المرتبطين بحب الأم يقعون في حب نساء يرغبن في أن يكن أمهات، وقد يكون هذا التآلف بينهما مرضياً.

ونفس الموقف أي التثبيتات الوالدية يحدث في حياة عدد من النساء. فقد تحب فتاة أباها حباً كبيراً لدرجة أنها لا تستطيع أن تتقبل زوجها جنسياً. وقد تساير الزوجة زوجها في حبه ومعاشرته لكنها قد تخدعه وتخدع نفسها. وفي هذا الخداع لا يؤمن جانب اللاشعور إذ أن الجسم لا يستطيع الاستجابة لحب من هذا النوع لا تجاريه (إن لم تكن تصارعه) المشاعر المكبوتة وتتهمه بعدم الولاء (٤ : ١٠٨).

دراسات عربية: وجد سعيد عبد العظيم (١٩٧٤) في دراسة على المرضى المحولين من عيادة الأمراض التناسلية والذين قورنوا بمرضى من عيادة الجراحة والخاليين من الأمراض العضوية والنفسية أنه لا يوجد فرق بينهما في الذكاء وأن المرض النفسي يؤثر في السلوك الجنسي والقدرة الجنسية للذكور وخاصة مرض الاكتئاب. وذهب الباحث إلى أن حالات

الضعف الجنسي تعاني من الإصابة بالاضطرابات العصابية النفسية ولو بصورة مستترة. وقد أبدت النتائج السابقة ما توصلت إليه دراسة كل من عمر شاهين، سعيد عبدالعظيم، عبد الرحمن فهمي، سامية عبدالرحمن (١٩٧٧، ١٩٧٨) حيث وجدوا أن ظهور الضعف الجنسي لدى المرضى النفسيين كانت بنسبة ٧١,٤٪.

وفي دراسة حضارية مقارنة بين المصريين والفلسطنيين والكويتيين وجد كل من دمرداس وفاروق لطيف وزينب بشرى وعبدالمنعم عاشور وأحمد عكاشة (١٩٧٨) في دراستهم لحالات الاضطرابات الجنسية أن تواتر النشاط الجنسي قبل البلوغ موجود أكثر عند الكويتيين وقد عزا أغلب الكويتيين مرضهم إلى أسباب غيبية، وأرجع الفلسطينيون المرض إلى العادة السرية (الاستمناء) ولم يوجد سبب محدد لدى المصريين.

وقد قامت تفيدة سالم إبراهيم (١٩٨٥) بدراسة عن الخصائص النفسية لعينة من حالات الخنثى Enter sex والذين تم اختيارهم على أساس الذين تكون لديهم سيادة الأعضاء الأنثوية على الذكرية، والذين تم تحويلهم إلى ذكر Male حيث يحمل صفة الذكورة أكثر، والذين لديهم قصور في الأعضاء التناسلية الخارجية كقصر القضيب، والذين لديهم أعراض تيرنر Turners Syndrome كالذين تظهر عليهم صفات الذكورة كالذقن والشارب. واختيرت العينة من مرضى القسم الداخلي للأعراض التناسلية والعيادة الخارجية التناسلية بمستشفيات جامعة القاهرة (القصر العيني). وقد وجدت الباحثة أن المرضى أكثر أنوثة من الأسوياء بفرق دال إحصائيا على مقياس الأنوثة في اختيار الشخصية المتعددة الأوجه، وأعلى بفرق دال من الأسوياء على مقاييس السيكوباتيين والاكتئاب والسيكاثينيا والبارانويا. (١ : ٨٨).

الفصل التاسع والثلاثون

دراسة مقارنة بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي والوظيفة الجنسية وبين مرضى الأجهزة الأخرى في محكات الكفاية الإنتاجية

شملت هذه الدراسة ٢٢٠ مائتين وعشرين حالة في شركتي الحديد والصلب والنصر لصناعة السيارات حيث تمت المقارنة بين مرضى أجهزة الجسم المختلفة وهي:

	العدد
١ ـ الجهاز المعدي معوي	٤٧
٢ ـ جهاز القلب والأوعية	٣٤
٣ ـ الجهاز التنفسي	٦٠
٤ ـ الجهاز العصبي المركزي	٧
٥ ـ جهاز الجلد والحساسية	١٣
٦ ـ جهاز الغدد الصماء والأيض	٢٥
٧ ـ الجهاز البولي والتناسلي	١٠
٨ ـ الجهاز الهيكلي	٢٤

وستتم المقارنة بين مرضى الأجهزة السابقة ومرضى الجهاز البولي والتناسلي في مؤشرات الكفاية الإنتاجية الآتية:

١ ـ الجزاءات.

٢ ـ الغياب بدون إذن.

٣ ـ التأخير عن العمل.
٤ ـ ترك العمل بدون إذن.
٥ ـ عدم إنجاز العمل المطلوب.
٦ ـ مخالفة التعليمات.
٧ ـ إصابات العمل.

نتائج الدراسة

تم جمع البيانات المختلفة الخاصة بمؤشرات الكفاية الإنتاجية من ملفات العاملين في الشركتين. وفيما يلي نتائج المقارنة بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي وبين مرضى باقي الأجهزة (محمود أبو النيل ـ ١٩٨٤ صفحة ٥٠٩).

(١) الفروق بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي والوظيفة الجنسية وباقي الأجهزة على محك:

(١) الجزاءات

يوضح الجدول (١) دلالة الفرق بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي ومرضى باقي الأجهزة على محك الجزاءات.

رقم	الأجهزة	٪ الجزاءات		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		البولي التناسلي	باقي الأجهزة		
		(١) ٪	(٢) ٪		
١	البولي والتناسلي والمعوي معدي	٩٠	٦٨	١,٤٢	غير دال
٢	البولي والتناسلي والقلب	٩٠	٥٢	٢,١٧	٠,٠٥
٣	البولي والتناسلي والعصبي	٩٠	٥٧	١,٥٨	غير دال
٤	البولي والتناسلي والغدد الصم	٩٠	٥٢	٢,٠٣	٠,٠٥
٥	البولي والتناسلي والجلد	٩٠	٥٣	١,٨٩	غير دال
٦	البولي والتناسلي والهيكلي	٩٠	٧٥	٠,٩٨	غير دال
٧	البولي والتناسلي والتنفسي	٩٠	٧٨	٠,٨٦	غير دال

ويبين الجدول (١) أنه لا توجد فروق دالة بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي وباقي الأجهزة إلا بين الجهاز البولي والتناسلي والقلب، وبين الجهاز البولي والغدد الصم وذلك عند مستوى ٠,٠٥ ويعكس هذا الفرق الدال أن مرضى الجهاز البولي توقع عليهم جزاءات أكثر من مرضى هذين الجهازين (القلب والغدد الصم).

(٢) الفروق بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي وباقي الأجهزة على محك:

(٢) الغياب بدون إذن

يبين الجدول (٢) دلالة الفرق بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي وباقي الأجهزة على محك الغياب بدون إذن.

رقم	الأجهزة	٪ الغياب بدون إذن		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		البولي والتناسلي	باقي الأجهزة		
		٪ (١)	٪ (٢)		
١	البولي والتناسلي والمعوي	٦٠	٢٣	٢,٣٥	٠,٠٥
٢	البولي والتناسلي والقلب	٦٠	١٤	٢,٩٩	٠,٠١
٣	البولي والتناسلي والعصبي	٦٠	٤٢	٠,٧٤	غير دال
٤	البولي والتناسلي والغدد	٦٠	٢٤	٢,٠٣	٠,٠٥
٥	البولي والتناسلي والجلد	٦٠	١٥	٢,٢٩	٠,٠٥
٦	البولي والتناسلي والهيكلي	٦٠	٣٧	١,٢٣	غير دال
٧	البولي والتناسلي والتنفسي	٦٠	٣٨	١,٢٩	غير دال

ويتبين من الجدول السابق (٢) وجود فروق دالة إحصائياً بين مرضى الجهاز البولي ومرضى كل من أجهزة المعدي معوي، والقلب، والغدد الصم والجلد بما يعكس أن مرضى الجهاز البولي والتناسلي أكثر غياباً من العمل بدون إذن عن مرضى هذه الأجهزة.

(٣) الفروق بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي وباقي الأجهزة على محك:

(٢) التأخير عن العمل

يبين الجدول (٣) دلالة الفرق بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي وباقي الأجهزة على محك التأخير عن العمل.

رقم	الأجهزة	٪ التأخير عن العمل		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		البولي والتناسلي	باقي الأجهزة		
		(١) ٪	(٢) ٪		
١	البولي والتناسلي والمعوي	٦٠	٢٦	١,٨٩	غير دال
٢	البولي والتناسلي والقلب	٦٠	٢٠	٢,٤٤	٠,٠٥
٣	البولي والتناسلي والعصبي	٦٠	٢٨	١,٣١	غير دال
٤	البولي والتناسلي والغدد	٦٠	٣٦	١,٢٩	غير دال
٥	البولي والتناسلي والجلد	٦٠	٢٣	١,٨٤	غير دال
٦	البولي والتناسلي والهيكلي	٦٠	٣٧	١,٢٤	غير دال
٧	البولي والتناسلي والتنفسي	٦٠	٤٠	١,١٧	غير دال

كما يتضح من الجدول (٣) يوجد فرق دال إحصائياً بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي ومرضى القلب عند مستوى ٠,٠٥ على محك التأخير عن العمل بما يشير إلى أن مرضى الجهاز البولي أكثر تأخيراً عن العمل من مرضى جهاز القلب.

(٤) الفروق بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي ومرضى باقي الأجهزة على محك؟

(٤) ترك العمل بدون إذن

يبين الجدول (٤) دلالة الفرق بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي وبين مرضى باقي الأجهزة على محك ترك العمل بدون إذن:

رقم	الأجهزة	٪ ترك العمل بدون إذن		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		البولي والتناسلي	باقي الأجهزة		
		٪ (١)	٪ (٢)		
١	البولي والتناسلي والمعوي	٢٠	١٢	٠,٦٩	غير دال
٢	البولي والتناسلي والقلب	٢٠	١١	٠,٧٤	غير دال
٣	البولي والتناسلي والعصبي	٢٠	٤٢	٠,٩٩	غير دال
٤	البولي والتناسلي والغدد	٢٠	١٦	٠,٢٠	غير دال
٥	البولي والتناسلي والجلد	٢٠	٢٣	٠,١٨	غير دال
٦	البولي والتناسلي والهيكلي	٢٠	٢٥	٠,٣١	غير دال
٧	البولي والتناسلي والتنفسي	٢٠	٣٣	٠,٨١	غير دال

لا يوجد فرق دال إحصائياً على محك ترك العمل بدون إذن بين مرضى الجهاز البولي وبين مرضى باقي الأجهزة كما يبينه الجدول رقم (٤).

(٥) الفروق بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي ومرضى باقي الأجهزة على محك؟

(٥) عدم إنجاز العمل المطلوب

يبين الجدول (٥) دلالة الفرق بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي وبين مرضى باقي الأجهزة على محك عدم إنجاز العمل المطلوب.

رقم	الأجهزة	٪ عدم إنجاز العمل المطلوب		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		البولي والتناسلي	باقي الأجهزة		
		(١) ٪	(٢) ٪		
١	البولي والتناسلي والمعوي	٢٠	٢٥	٠,٣٤	غير دال
٢	البولي والتناسلي والقلب	٢٠	١٧	٠,٢٢	غير دال
٣	البولي والتناسلي والعصبي	٢٠	١٤	٠,٣٢	٠,٠٥
٤	البولي والتناسلي والغدد	٢٠	٠١	٢,١٤	٠,٠٥
٥	البولي والتناسلي والجلد	٢٠	٢٣	٠,١٧	غير دال
٦	البولي والتناسلي والهيكلي	٢٠	١٦	٠,٢٨	غير دال
٧	البولي والتناسلي والتنفسي	٢٠	٢٨	٠,٥٢	غير دال

يوجد فرق دال إحصائياً بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي وبين مرضى جهاز الغدد على محك عدم إنجاز العمل المطلوب بما يشير إلى أن مرضى الجهاز البولي والتناسلي والوظيفة الجنسية أقل إنجازاً لما هو.

(٦) الفروق بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي ومرضى باقي الأجهزة على محك؟

(٦) مخالفة التعليمات

يبين الجدول (٦) دلالة الفرق بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي وبين مرضى باقي الأجهزة على محك مخالفة التعليمات:

رقم	الأجهزة	٪ مخالفة التعليمات		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		البولي والتناسلي	باقي الأجهزة		
		٪ (١)	٪ (٢)		
١	البولي والتناسلي والمعوي	٨٠	٣٦	٢,٥٦	٠,٠٥
٢	البولي والتناسلي والقلب	٨٠	٢٦	٣,٠٩	٠,٠١
٣	البولي والتناسلي والعصبي	٨٠	٤٢	١,٦٢	غير دال
٤	البولي والتناسلي والغدد	٨٠	٢٤	٣,٠٦	٠,٠١
٥	البولي والتناسلي والجلد	٨٠	٣٨	٢,٠٥	٠,٠٥
٦	البولي والتناسلي والهيكلي	٨٠	٠٥	٤,٥٢	٠,٠١
٧	البولي والتناسلي والتنفسي	٨٠	٤٦	٢,٣٠	٠,٠٥

يتضح من الجدول (٦) وجود فروق دالة إحصائياً بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي والوظيفة الجنسية وبين مرضى أجهزة المعدي معوي، والجلد، والتنفسي عند مستوى ٠,٠٥، وبين مرضى أجهزة القلب، والغدد، والهيكلي عند مستوى ٠,٠١ ويشير هذا الفرق إلى أن مرضى الجهاز البولي والتناسلي أكثر مخالفة للتعليمات من مرضى باقي الأجهزة.

(٧) الفروق بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي ومرضى باقي الأجهزة على محك:

(٧) الإصابة في العمل

يبين الجدول (٧) دلالة الغرض بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي وبين مرضى باقي الأجهزة على محك الإصابة في العمل:

رقم	الأجهزة	٪ الإصابة في العمل		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		البولي والتناسلي	باقي الأجهزة		
		٪ (١)	٪ (٢)		
١	البولي والتناسلي والمعوي	١٠	١٠	صفر	غير دال
٢	البولي والتناسلي والقلب	١٠	١٤	٠,٣٣	غير دال
٣	البولي والتناسلي والعصبي	١٠	١	٠,٧٧	غير دال
٤	البولي والتناسلي والغدد	١٠	١	١,٢٣	غير دال
٥	البولي والتناسلي والجلد	١٠	١	٠,٧٦	غير دال
٦	البولي والتناسلي والهيكلي	١٠	١٦	١,٤٦	غير دال
٧	البولي والتناسلي والتنفسي	١٠	١٣	٠,٢٦	غير دال

يبين الجدول (٧) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين مرضى الجهاز البولي والتناسلي والوظيفة الجنسية وبين مرضى باقي الأجهزة على محك الإصابة في العمل.

ويتبين من الجداول السابقة ما يلي:

١ - يوجد فرق دال إحصائياً على محك الجزاءات بين مرضى الجهاز البولي ومرضى جهاز القلب ومرضى جهاز الغدد الصم بما يشير إلى أن مرضى الجهاز البولي يوقع عليهم عدد أكبر من جزاءات العمل.

٢ - يوجد فرق دال إحصائياً على محك الغياب بدون إذن بين مرضى الجهاز البولي ومرضى أجهزة المعدة والقلب والغدد والجلد ويعكس هذا الفرق أن مرضى الجهاز البولي أكثر غياباً بدون إذن من باقي الأجهزة السابق الإشارة إليها.

٣ - بالنسبة لمحك التأخير عن العمل يوجد فرق دال بين مرضى الجهاز

البولي والتناسلي وبين مرضى القلب وفي صالح مرضى الجهاز البولي فهم يتأخرون بصورة أكثر عن العمل.

٤ ـ وبالنسبة كذلك لمحك عدم إنجاز العمل المطلوب يوجد فرق دال إحصائياً بين مرضى الجهاز البولي ومرضى جهاز الغدد حيث يوضح الفرق أن مرضى الجهاز البولي والتناسلي أقل إنجازاً لما هو مطلوب منهم من عمل عن مرضى باقي الأجهزة.

٥ ـ وفيما يختص بمخالفة تعليمات العمل يوجد فرق دال إحصائياً بين مرضى الجهاز البولي ومرضى أجهزة المعدي معوي والقلب والأوعية والغدد والجلد والهيكلي والتنفسي بما يشير إلى أن مرضى الجهاز البولي والتنفسي أكثر مخالفة لتعليمات العمل من مرضى باقي الأجهزة السابق الإشارة إليها.

٦ ـ تشير النتائج السابقة إلى أن مرضى الجهاز البولي والتناسلي يعانون عن غيرهم من مرضى باقي الأجهزة من سوء التوافق في العمل كما تبين من صور آرائهم السابقة.

مراجع الفصل السابع والثلاثين

١ ـ تفيدة سالم إبراهيم ـ الخصائص النفسية لعينة من حالات الخنثى ـ رسالة دكتوراه ـ قسم علم النفس بكلية البنات جامعة الأزهر ـ ١٩٨٥ صفحة ٨٨ .

٢ ـ محمود أبو النيل ـ الفروق بين مرضى الجهاز التنفسي والأجهزة الأخرى على محكات العمل في كتاب الأمراض السيكوسوماتية ـ تأليف ـ محمود أبو النيل ـ مكتبة الخانجي ـ القاهرة ١٩٨٤ صفحة ٥٠٩ .

٣ ـ والتر كوفيل وآخرون ـ تأليف ـ محمود الزيادي ـ ترجمة علم نفس الشواذ ـ دار النهضة العربية ١٩٦٨ صفحة ١٦٧ ـ ١٦٩ .

4 - Anderson K.W. & Trethwan, w.H., psychiatry, Bailliere, Tindall, 1955, p. 108.

5 - Dunbar, Flanders, Mind and Body: Psychosomatic Medicine, Random House, New York, 1958, p. 77-78.

6 - Weiss Edward, & English, O., Spurgeon, Psychosomotic Medicine, Random House, New York, 1950, & p. 55-57.

الباب السادس عشر

الدراسة العاشرة

التحديث والاضطرابات السيكوسوماتية

الفصل الأربعون: التحديث والاضطرابات السيكوسوماتية.

الفصل الأربعون

التحديث والاضطرابات السيكوسوماتية

وجهة نظر في ضوء علاقة التوافق بالتحديث

مقدمة: ارتبط انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية بالتحديث Modernization فرغماً مما ينتشر بين الناس اليوم من اهتمام ورعاية في التنشئة والصحة والتعليم، والتي لم تكن ميسرة في الماضي وبالرغم مما حدث من تقدم هائل في الطب من الناحيتين الوقائية والعلاجية فقد انتشرت في العصر الحديث مجموعة من الأمراض الجسمية التي استعصت على الشفاء، كأمراض الشريان التاجي والذبحة الصدرية، وارتفاع ضغط الدم الأساسي، وقرحة المعدة، والصداع النصفي، والربو الشعبي، تلك المجموعة من الأمراض التي لا ترجع لأسباب عضوية معروفة (١ : ٤٧).

وقد كان «هنرث» عام ١٨١٨ أول من استخدم مصطلح نفسي جسمي (Psychosomatic) (٢ : ٢٨٨) عند تناوله للأسباب النفسجسمية للأرق ومنذ ذلك الوقت وهذا المصطلح يتم استعماله بصورة واسعة بهدف تأكيد الدور الذي تلعبه العوامل النفسية في النواحي الجسمية. وفي ذلك الحين أطلق هذا المصطلح «نفسجسمي» أيضاً على مجموعة من الاضطرابات النفسية التي لها مظاهر عضوية مثل حالات الهستيريا. وفي عام ١٩٥٢ أخرج المجمع الأمريكي للطب النفسي الهستيريا من هذه المجموعة من الاضطرابات باستخدام تعبير «نفسي فسيولوجي» عندما يكون المقصود الاضطرابات الجسمية الناشئة من أسباب نفسية (٤ : ٢).

ويبرز أثر الضغوط على تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية في

الأنسكلوبيديا البريطانية فتعرف بأنها الاستجابات الجسمية للضغوط الانفعالية والتي تأخذ شكل اضطراب جسمي. كما يتضح دور التوترات بصورة أشمل في تعريف كل من دونالد ليرد، واليانور ليرد Donald Laird) (and Eleanor Laird فيوضحان بأن الاضطرابات السيكوسوماتية هي الجزء الذي يلعبه العقل في الوظائف البدنية، وعندما تبدأ التوترات الانفعالية في العقل فإنها تؤثر في وظائف البدن فالغضب يجعل المعدة دائماً متهيجة ويكون ذلك بداية للقرحة أي عندما تستمر الانفعالات تنتج تغيرات بدنية هامة (٨: ٤٧). ويبرز أثر التفاعل بين العقل والبدن في تعريف ستافورد كلارك (Stafford Clark) فيؤكد على العلاقة المتبادلة بين النفس والجسم حيث يكون الاعتماد المتبادل بين الانفعال وتغير البدن قد برهن عليه تجريبياً، والعامل المشترك الأكبر هو الذي يلعبه الضغط الانفعالي باستمرار (١٢: ٢٣٤).

وقد قدمنا (محمود أبو النيل ١٩٧٢) تعريفاً للاضطرابات السيكوسوماتية ارتكز على استخلاص أربعة أبعاد من التعريفات السابقة للأطباء النفسيين وعلماء الصحة النفسية والمحللين النفسيين وهي:

١ ـ وجود اضطراب في حياة الإنسان.
٢ ـ تأثير النفس في الجسم.
٣ ـ استمرار التأثير لمدة طويلة.
٤ ـ حدوث تلف في بناء الجسم أو أحد أعضاءه.

وانطلاقاً من هذه الأبعاد تمت ياغة التعريف الإجرائي:

«الاضطرابات السيكوسوماتية هي الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظراً لاضطراب حياة المريض، والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل في شفائها شفاءاً تاماً لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي» (٨: ٤٧).

هذا بالنسبة لما يعنيه مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية أما مفهوم التحديث (Modernization) فيشير لأي شيء حل حديثاً مكان شيء آخر كان مقبولاً في الماضي مثلما حلت القوى الذرية محل البخار. ويتعلق هذا التعريف بالأشياء ويرى البعض أنه لا بد من أن يوضع المجتمع في بؤرة الاهتمام بالنسبة لموضوع التحضر ليشمل التعريف والتعليم والتصنيع والبيروقراطية والاتصالات والنقل ومن ثم يمكن أن يعتبر التحديث شكلاً من أشكال المدنية (Civilization) لمرحلتنا التاريخية الحالية مثلما كان الإقطاع والحكم الأمبراطوري خاصية لمراحل تاريخية مبكرة. وبناءً على ذلك فبما أن الإقطاع والحكم الأمبراطوري لم يكن سائداً في كل البلاد في تلك الحقب التاريخية فإن التحديث ليس منتشراً في كل بلاد العالم وفي هذا الإطار فإن هناك زملة (Syndrome) من الخصائص التي تميز التحديث. إذ تتطلب عملية التحديث مشاركة المواطنين رجالاً ونساءً في شؤون الحياة اليومية، كما تتطلب ممارستهم لواجباتهم وحقوقهم كأعضاء في مجتمع أكبر مما هو عليه الأمر في مجتمع القرابة. وتحتاج المؤسسات العصرية لأفراد يستطيعون المحافظة على الوقت وتعليمات العمل وقواعده ونظمه، ويقيمون أحكامهم على أسس موضوعية، ويتبعون قانون السلطة ليس بالأساليب التقليدية لكن بالاقتناع المدروس وبالمقدرة الفنية.

معالم التحديث:

هناك العديد من المعالم المرتبطة بعملية التحديث والتي تميز الإنسان المتحضر منها:

١ ـ انفتاحه على الخبرات الجديدة إذ أن الإنسان التقليدي يكون أقل تقبلاً للأفكار والوسائل الجديدة في العمل. ويفترض أن الرجل المتمدن المتقبل للخبرات الجديدة أن يستجيب بصورة إيجابية للموقف وللخبرة الجديدة كتقبل أسلوب جديد في الزراعة أو استخدام محاصيل جديدة أو آلات زراعية حديثة. أو كالرغبة في التعرف على أناس جدد أو الاتجاه لمصادر غير مألوفة لمعرفة الأخبار والمعلومات.

٢ ـ ومن خصائص الإنسان المتحضر أيضاً الرغبة في التغير الاجتماعي كتقبل التغير في لعب الأدوار في التنظيمات الاجتماعية. وفي المشاركة في العمل السياسي.

٣ ـ كما تعتبر الرغبة في تنمية الآراء من هذه الخصائص أيضاً فيوصف الفرد بأنه أكثر تحضراً إذا كان لديه الاستعداد لاستقبال العديد من الآراء حول المشكلات الاجتماعية المختلفة ليس فقط في نطاق بيئته بل وخارجها أيضاً. وقد وجد دانييل ليرنر (Daniel Lerner) أن الأفراد في أي بلد من بلدان الشرق الأوسط وفي العديد من البلاد الأخرى يختلفون في قدراتهم أو استعداداتهم لتخيل أنفسهم رؤساء وزارات يقدمون النصائح لكل المشكلات التي تواجه تلك البلاد.

٤ ـ كذلك يتسم الشخص بالتمدن إذا كانت آراؤه مرنة أي يكون على وعي بالآراء والاتجاهات المحيطة به ولا ينغلق في معتقد أو فكرة معينة. كما أنه لا يقبل بصورة آلية أفكار الذين هم أعلى منه أو يعترض بنفس الصورة على آراء من هم أقل منه.

٥ ـ وإلى جانب ذلك فإن الشخص المتمدن ليس فقط الذي لديه آراء بل كونه أكثر قدرة على اكتساب الحقائق. والمعلومات في شتى الموضوعات.

٦ ـ كما أن عامل الوقت هام في تمييز الرجل المتمدن لأنه في إطار ذلك يكون الشخص الذي لديه توجهاً بالحاضر والمستقبل أكثر من الماضي.

٧ ـ كذلك فإن الكفاية (Efficacy) تمثل وزناً كبيراً بالنسبة لمفهوم الرجل المتحضر وهو الذي يمكن أن يتعلم كيف يسيطر على بيئته وهكذا فإنه يطور من أهدافه ويحسن فيها لا أن يكون مسيطراً عليه من قوى أكبر.

٨ ـ ونجد أن التخطيط (Planning) من سمات الإنسان المتحضر وهو يرتبط بالكفاية والوقت، فيعتبر الشخص أكثر تحضراً إذا كانت توجهاته تنصب على التخطيط الطويل الأمد سواء كان ذلك في حياته العامة أو الخاصة. ويضاف للصفات السابقة عدة نواحي كالطموح والتعليم والصحة واليقظة والوعي الإنتاجي.

وكردود فعل لما سبق نجد أن بناء القرابة يكون ضحية للتحديث عن أي مؤسسة أخرى من مؤسسات المجتمع فيقول ويلبرت مور (Wilbert Moore) وبوجه عام فإن بناء القرابة التقليدي يعتبر حاجزاً للنمو لأنه يشجع الفرد على الاتكال (Reliance) على ما تعطيه القرابة من أمن فلا يعتمد بالتالي على إمكانياته الذاتية. وقد أشار دشموكة (Dshmiykh M.B.) في تقريره أن صورة تلك الروابط الأسرية تبدو كضحية لعملية التصنيع في مجتمعات التجهيز في دلهي Delhi وكما لاحظها فإنها تتمثل في:

١ ـ غياب الانتماء الاجتماعي.

٢ ـ ضغوط الفقر.

٣ ـ الآثار السيئة التي نشأت عن بيئة الحضر.

ومعنى هذا إن زيادة التحضر والتصنيع يؤدي إلى الحد من علاقات القرابة والتي تتسم بتبادل المساعدة. كذلك فإن تيارات الحرية المصاحبة للتصنيع تؤثر علي اتجاهات الرجل نحو المرأة، فتجعله يميل لتقبل مساواة المرأة بالرجل في الحقوق من حيث الأجر وحرية اختيار شريك الحياة.

كما أن الاحترام والتوقير (verneration) اللذين يمنحان للكبار يعتبران من العلامات المميزة للمجتمعات التقليدية وواحدة من أهم الفضائل (Virthes) فيها. لكن عندما يعمل الشباب في المصنع والورش والأعمال التجارية والاقتصادية المختلفة دون الاعتماد على مزارع آبائهم فإنه ليس من المفر أن تقل سلطة الأب عليهم. وقد ذكر بعض المتخصصين أن التحضر السياسي (Political Modernization) أمر ضروري ولا بد من التحضر الاقتصادي والاجتماعي والذي يقوم على أسس من المشاركة والحراك تلك النواحي التي تميز المتحضرين، حيث لا يهتم الفرد بشؤونه الراهنة بل ويهتم أيضاً بشؤون المؤسسات الاجتماعية المختلفة. ومن المفترض أن يمتد ولاؤه (Allegiance) إلى ما بعد أسرته وأصدقائه أي إلى الدولة والقومية والقادة كما أنه من المتوقع منه أن ينتمي للأندية السياسية

ليشارك في عمليات الانتخابات. وقد استخدم دانييل ليرنر (Daniel Lerner) في دراسته على الشرق الأوسط وسائل الاتصال الجماهيري كأحد العناصر لتصنيف الناس لتقليديين، (Traditional) وانتقاليين (Transitional) أو متحضرين. وقال ليرنر: لا يعمل مجتمع بكامل طاقته دون نظام متطور من الاتصال الجماهيري. ويعتبر الاستهلاك Consumerism معلماً مصاحباً للتحضر بل هي من خصائصه الأساسية أن يبدأ الناس في الإقبال على السلع والأشياء الحديثة. وبوجه عام فإن هناك ثلاث وجهات نظر تدور حول التحديث. كالمنظور التحليلي والذي يركز على الطموح والكفاءة ونمو الرأي والخبرة والتخطيط والوقت والمهارة الفنية، والمنظور المحلي الخاص بالمشاركة العامة الفعالة واتجاهات الاستهلاك وحجم الأسرة والتوحد مع القومية ووسائل الاتصال الجمعي والاتجاهات الدينية والتبرج الطبقي والتزامات العمل وحقوق المرأة. والمنظور السلوكي كالنشاط السياسي والسلوك الاستهلاكي ومعلومات الاتصال وسلوك العائلة وكثير من النواحي التي تقاس بالاختبارات النفسية كاللغة وغيرها (١٥ : ٣٣).

التحديث وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية:

سنحاول أن نقدم فيما يلي إجابة على سؤال كيف أن التحديث بمظاهره وخصائصه السابقة وما يحدثه في المجتمعات من التغيير يرتبط بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية؟ ويبرز هذا السؤال من منطلق أن التحديث تبزغ معه ضغوط (Stresses) لا يستطيع بعض الأفراد التكيف والتوافق معها فتنعكس على أبدانهم في صورة مرض نفسي جسمي. ومما يؤكد عدم التكيف مع الضغوط أن أغلب المترددين على الأطباء وبنسبة من ٤٠ ـ ٦٠ ٪ في كل أنواع المرض يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية (٦ : ١٣٥)، وفي إطار ذلك يمكن أن تعتبر أن المشكلات الصحية كما تكشف عنها قائمة موني لمشكلات المراهقة تشير في نسبة كبيرة منها لاضطرابات سيكوسوماتية، وقد وجد أبو النيل فروقاً حضارية (٩ : ٣٠١)

في ترتيب المراهقين للمشكلات الصحية كما يكشف عنها الجدول (١) الآتي:

الثقافة	مصر	قطر	البحرين	أمريكا
ترتيب المراهقين للمشكلات	٧	٩	٨	٨

جدول (١)

وسيكون تركيزنا على دور التحديث من خلال عرض بعض أشكال الاضطرابات السيكوسوماتية مثل مرض البول السكري، والسرطان وروماتيزم المفاصل، وأمراض الأسنان، والصداع النصفي. وليس معنى ذلك أن هذه المجموعة هي الوحيدة التي ترتبط بعمليات التحديث والتصنيع في المجتمعات، لكن هناك اضطرابات أخرى غيرها كقرحة المعدة وارتفاع ضغط الدم والربو الشعبي، تستجيب لما يتعرض له الفرد من ضغوط تؤدي إلى اضطرابه انفعالياً.

ومما يؤكد ذلك ما وجده محمود أبو النيل من فروق بين المصريين واليمنيين على المقاييس السيكوسوماتية باعتبار أن المجتمع المصري سبق المجتمع اليمني بمراحل عدة بالنسبة للأخذ بمعالم التحديث (٩: ٣٥٣) ويتبين في الجدول (٢) تلك الفروق:

رقم	المقاييس السيكوسوماتية	المصريين		اليمنيين		«ت»	الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	أعراض التنفس والدورة الدموية	١,٤٥	١,٢٧	٠,٦٨	٠,٩٧	٤,٤٥	٠,٠١
٢	الأعراض السيكوسوماتية	٢,٦٤	١,٩٦	١,٩٦	١,٥٩	٢,٥٧	٠,٠٥
٣	أعراض الجهاز المعدي معوي	١,٨٢	١,٨٠	١,٩٢	١,٥٤	٣,٨٠	٠,٠١

جدول (٢)

مرض البول السكري:

مما لا شك فيه أن العوامل النفسية تلعب دوراً كبيراً في بدن الإنسان ووظائفه المختلفة. فالبعض لا تتحمل أجسامهم تناول السكر بل وتتألم منه. ولذا فإنهم يحرمونه على أنفسهم رغم اشتياقهم له، ويطلق على هؤلاء مرضى البول السكري Diabetes ولقد أصبح الآن فهم العلاقة بين العوامل النفسية والجسمية بصورة واضحة أمراً سائداً بين المهتمين بالسيكوسوماتيك بخاصة في مرض البول السكري حيث أجرى الفسيولوجيين دراسات عن الأوجاع البدنية لهذا المرض كذلك فإن السيكولوجيين أشاروا إلى العوامل الانفعالية المرتبطة بذلك.

ويعتبر مرض البول السكري فشلاً كيميائياً نتيجة توقف البنكرياس عن إنتاج الأنسولين (Insulin) وهي المادة التي تمكن الجسم من تمثيل السكر ليستخدمه عند اللزوم. ومنذ نصف قرن تقريباً نجح طبيبان كنديان في إنتاج الأنسولين وفتحا بذلك الطريق لسعادة وراحة الملايين.

لكن وعلى الرغم من ذلك الاكتشاف بقي مرض البول السكري مشكلة مهمة عانى منها ملايين الناس في العالم. وفي الولايات المتحدة

يعتبر المشكلة السابعة في الكيمياء في قائمة أسباب الموت والخاصة في أسباب الأمراض المزمنة. وعلى الرغم مما يعزي من دور صغير للعوامل الانفعالية في مرض البول السكري إلا أن وسائل العلاج النفسي لم تفلح في إعادة قيام البنكرياس بوظيفته بصورة عادية. فمرض البول السكري له تأثير نفسي في معظم الحالات، وبالتالي تؤثر الحالة الانفعالية للمريض بقوة على حالته الجسمية. وبتطبيق الطريقة الإكلينيكية أصبح الأمل كبيراً في خفض حدة المرض لأنه من الممكن تجنب النتائج الانفعالية للمرض بمساعدة المريض على الحصول على الاتزان الانفعالي. ويتضح دور التحديث والتصنيع والحياة المدنية الحديثة فيما نعرضه لدور الاتجاهات خارج المنزل في المرض. فتذهب دنبار (Dunber, F) إلى أن حالة المريض بالبول السكري تتحسن ظاهرياً وهو مع زملائه، ولكن تنتابه في نفس الوقت مشاعر عدم الأمن مع الآخرين. فيعيش حالة من التناقض بين الشعور بالمبادأة في الاتصال بالناس ومقابلتهم وبين الترفع عن القيام بذلك مما يدفعه للانزواء فجأة. وفي مجال العمل يميل مرضي البول السكري لتقبل المديح من جانب الآخرين ويحجمون عن تحمل المسؤولية ويوزعون طاقاتهم في العديد من الواجبات. وغالباً ما يهملون الأشياء الهامة في مقابل الأمور التافهة. ويترتب على عدم قدرتهم على الاستمرار في عمل ثابت عدم تنميتهم لذكائهم وقدراتهم والتي غالباً ما تتراوح ما بين المتوسط إلى ما فوق المتوسط ومرضى البول السكري ذوو شخصيات طفلية ويهملون صحتهم في الغالب، ويميلون إلى لوم الآخرين لإغراقهم في المتاعب، كما لا يشاركون في الأعمال التي فيها منافسة، ويؤجلون اتخاذ القرارات ويلقون المسؤولية على غيرهم بخاصة إذا كانت هناك عواقب سيئة ستنتج عنها. وإضافة إلى ذلك توجد نسبة كبيرة من الجنسية المثلية بين مرضى البول السكري من النساء والرجال، إضافة إلى أنهم غير متوافقين جنسياً. وبالنسبة لاهتماماتهم الدينية فهي محدودة دون اكتراث. وقد تأخذ شكل التطرف من أجل قهر الجسد للخلاص النفسي. وللمريض بالبول

السكري شكاوى كثيرة من الطفولة وفي الوقت الذي يظهرون فيه رغبتهم في مساعدة الآخرين فإنهم يتهربون من تحمل أية مسؤولية تجاههم فهم يميلون لإعطاء القليل وطلب الكثير. ولدى مريض السكر أفكار غريبة عن كيفية إصابتهم بالمرض الذي لا يكون حدوثه في العادة فجأة بل بصورة تدريجية متمثلة في تدهور وظيفة البنكرياس والتي تكشف عن نفسها كنتيجة لبعض الأزمات الانفعالية. ويعزو بعض مرضى البول السكري سبب مرضهم لإقلاعهم عن تناول المشروبات الروحية وللحمل غير المرغوب، والخوف من الفشل. وفي العلاج وجد أن تزويد مريض البول السكري بأي قدر من الاتزان الانفعالي لا يمكنه من إعادة إفراز الأنسولين من البنكرياس بالدرجة التي كان عليها من قبل، لكن إعادة الاتزان الانفعالي من غير شك يقلل من ردود الفعل الجسمية للمرض كالتعب والضعف والنحافة وفقد التآزر، وبسرعة التهيج. وإن مما يمثل عقبة كبرى أمام مساعدة مرضى البول السكري في إعادة الاتزان الانفعالي لديه هو إحجامهم عن مناقشة انفعالاتهم الحقيقية وإنكار صراعات لديهم. تلك التي تنبع بدون شك نتيجة لعمليات التغير في بناء الاتصالات وهيكلية العمل وتنظيمه وما يصاحب ذلك من تعقيدات في شبكة العلاقات بين الأفراد بعضهم وبعض وبين الرؤساء. هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن ضغوط الحياة الأخرى المصاحبة للتحديث والتصنيع تلعب دوراً بالغ الخطورة في هذه الاضطرابات إلى جانب ضغوط المهنة (١٣ : ٢٠٥).

وقد وجدت ماجدة خميس (١٩٩٢) في دراسة مصرية عن القلق النفسي وعلاقته ببعض الأمراض العضوية دراسة عاملية فروقاً دالة إحصائياً بين مرضى السكر والأسوياء على معظم مقاييس القلق بما يشير إلى أن مرضى السكر أقل توافقاً من الأسوياء (١٢ :١٩٢).

السرطان:

يتضح الدور الذي تلعبه الشخصية في مرض السرطان (Cancer) لو قارنا بين شخصين يتشابهان في ظروفهما وفي صحتهما البدنية ـ وهذا ما

قامت به فلاندرز دنبار (Dunber. F) حيث أجرت دراسة على أرملتين (Widows) عمر كل منهما فوق الأربعين وقد حققت كل منهما بعض النجاح في العمل بعد وفاة زوجيهما. وقد حظيت الاثنتان بعناية وعطف الأصدقاء كما كانتا قادرتين على الاهتمام بأنفسهما، وعلى استعداد لتقديم العون لمن يحتاجه. وفي نهاية الأمر ظهر السرطان عند الاثنتين وتطلب ذلك إجراء جراحة لإزالة الصدر، وبعد عامين ماتت إحداهما في حين أن الأخرى شفيت شفاءً تاماً لدرجة أنها تحملت فيما بعد مسؤوليات أكثر دون مشقة أو جهد. وتمثل الاختلاف بين هاتين الحالتين أنه في حالة المرأة التي توفيت كان يمكن التنبوء بما حدث لها بواسطة طبيب ماهر ذي خبرة في الطريقة السيكوسوماتية. فقد كانت هذه المرأة أكثر الاثنتين تظاهراً بالشجاعة. وقد ذكرت أنها «سوف تكون أحسن» لكن في بعض الأحيان كانت تقول «سأموت اليوم أو غداً». وعندما أخبرها الطبيب بضرورة إجراء عملية جراحية في الصدر صرخت قائلة «يا ليتك لم تذكر ذلك». وحاول الطبيب أن يشرح لها فوائد إزالة الصدر لكنه اكتشف بأنها لا ترغب في أن تتحسن صحتها. وعلى العكس من ذلك فإن ردود الفعل لدى المريضة التي عاشت كانت مختلفة فلم تكن تتكلم عن تأكدها من الشفاء، كما أن التحسن في حالتها كان بطيئاً نسبياً وعندما تقرر إزالة الصدر لم تيأس وكانت أمينة مع نفسها ومع الطبيب، عن زميلتها التي توفيت فعندما أخبرت أن الصدر سيتم إزالته لم تكتف بسماع ذلك بل سألت أسئلة تدل على ذكائها فحاولت أن تعرف كيف تستطيع أن تكيف حياتها لذلك الوضع الجسمي الجديد.

وبالرغم من أنه معروف حالياً أن اتجاهات المريض نحو الحياة ونحو بدنه وإدراكه لذلك الأخير يلعب دوراً مهماً في إبطاء النمو السرطاني أو زيادة سرعته. فإن هناك الكثير من النواحي التي يجب تعلمها لتكون الاتجاهات إيجابية وبالتالي تعمل لصالح بدن المريض. فقد ظهرت من البحوث الحديثة أن السرطان يرتبط بتوازن (أو عدم توازن) إنتاج الجسم من

الهرمونات، فالرجال الذين يزيد توازنهم الهرموني قليلاً عن الحد المقرر في الاتجاه الأنثوي ينمو لديهم السرطان بسرعة عن الآخرين وتوجد نفس الملاحظة بين النساء اللاتي يزيد توازنهن الهرموني أيضاً في الاتجاه الذكري. ومع ذلك فإن هذا لا ينفي وجود رجال مخنثين أو نساء ذكريين. (١٣ : ٢٠٥).

وفي دراسة مايسة شكري (١٩٨٨) عن السمات الشخصية والانفعالية لدى بعض فئات مرضى السرطان في الريف والحضر وجدت فروقاً بين مرضى السرطان في الريف والحضر كما في الجدول (٣) الآتي:

السمات	مرضى السرطان الذكور		مرضى السرطان الإناث	
	ريف	حضر	ريف	حضر
١ ـ وجهة الضبط الحضريات	عند ٠,٠١ في صالح الحضريين		عند ٠,٠٥ في صالح الحضريات	
٢ ـ النمط A في الاستبيان الشخصي	عند ٠,٠٥ في صالح الحضريين		عند ٠,٠١ في صالح الحضريات	
٣ ـ التأقلم	عند ٠,٠٥ في صالح الحضريين		—	

جدول (٣)

وتشير النتائج التي بالجدول (٣) إن مرضى السرطان من الحضريين ذكوراً وإناثاً يرجعون الأحداث السيئة والطيبة التي تحدث لهم بأنها نتيجة تتعلق بذواتهم أي لعوامل داخلية كالمهارة والجهد والذكاء عن الذكور

والإناث الريفيات. كذلك يتميز مرضى السرطان ذكوراً وإناثاً من الحضريين بالتسرع وتعجل الأمور دون تروٍ في حساب نتائج أفعالهم كذلك فإن القدرة على التكيف والتأقلم لدى الذكور الحضريين أعلى منها لدى الذكور الريفيين (٧: ٢٢٠).

روماتيزم المفاصل:

قد يرجع روماتيزم المفاصل (Rhaumatic) أو آلام المفاصل (Arthritic Pains) لمشكلة انفعالية بسيطة، وقد يكون قناعاً لاضطراب انفعالي، عميق مدفون، وقد يؤدي ذلك إلى إصابة في نسيج العضو فتتورم المفاصل وتشتد الآلام. وفي الصورتين السابقتين عن سبب روماتيزم المفاصل أي الراجع لمشكلة انفعالية أو اضطراب انفعالي عميق نجد أن المرضى في الحالتين لديهم خبرات تتعلق بسوء التوافق الاجتماعي أو الجنسي أو المهني. ومثال ذلك المرأة غير السعيدة في حياتها فتظهر لديها آلام في الكتف فيعفيها ذلك من القيام بأعمال المنزل غير المحببة إلى نفسها وفي تلك الحالات يكون الفرد فريسة سهلة لآلام المفاصل (١٢ :٢٠٥).

وفي دراسة ماجدة خميس (١٩٩٢) على مرضى التهاب المفاصل في مستشفيات مدينة الإسكندرية وجدت فروقاً دالة بينهم وبين الأسوياء على المقاييس الآتية:

(١) حالة القلق.
(٢) سمة القلق.
(٣) قلق داخلي المنشأ.
(٤) الاضطرابات العصابية.
(٥) قلق الموت.

وأشارت متوسطات المقاييس السابقة إلى زيادة أعراض القلق والاضطرابات العصابية لدى مرضى التهاب المفاصل (١١ : ١٩٣).

أمراض الأسنان:

منذ نصف قرن تقريباً صار الاهتمام منصباً على النواحي السيكوسوماتية للأسنان وعلى التداخل بين العوامل الانفعالية والبدنية في اضطرابات الأسنان كالتسوس ووجع اللثة وغير ذلك. فإذا طحن فرد ما أسنانه أو قضم شيئاً صلباً بسبب الغضب فإن ذلك يدل على اضطراب في العلاقة بين النفس وبين ذلك الجزء من الجسم، وهو الأسنان. كذلك الأمر في حالة قضم الأظافر أو دفع اللسان بين الأسنان فإن ذلك يكون تعبيراً عن شيء غير مريح، كالغضب والإحباط في حالة ذلك الشخص. وقد أكدت الدراسات إن التغيرات الكيميائية في اللعاب خلال مشاعر الكراهية والإحباط يكون لها تأثيرها المهم في تهيئة الأسنان للتسوس. ويؤدي فهم المريض لدور العامل الانفعالي في متاعب الأسنان لخفض متاعبها إلى مستوى معقول، لأن فهم المريض سيؤدي إلى خفض الاضطراب الانفعالي مما يؤدي بدوره إلى تحسن التركيب الكيميائي للعاب، وهذا بالتالي يقلل من القابلية للتسوس والبداية الحقيقية له. كما أنه من الممكن القول أن أحد أسباب إصابة الأسنان وتسوسها هو زيادة الحامض المنشط في اللعاب والذي يفرز بدرجة كبيرة نتيجة الصراع الانفعالي. ومثل هذه الصراعات الانفعالية عادة ما تكون بسبب الكراهية المكبوتة والتي تفرز حامضاً بكثرة في الفم مثلما الحال في الحامض المعوي الذي يفرز تحت الضغوط الانفعالية. (١٣ : ٢٠٥).

الصداع:

وما يؤكد أيضاً دور التحديث وما يرتبط به من تصنيع وأساليب حياتية جديدة في الاضطرابات السيكوسوماتية ما وجدته كارني هورني في تحليلها لحالة صداع لدى أحد رجال الأعمال فقد انتابه الصداع أثناء ذهابه مع زوجته لمشاهدة إحدى المسرحيات وعزا ذلك لتفاهة المسرحية، لكنه أدرك أنه غلب على أمره في المناقشة التي قامت بينه وبين زوجته. حول اختيار المسرحية وأغضبه أن يفرض عليه حضورها. وفي موقف آخر استيقظ من

نومه مبكراً وهو يشعر بصداع شديد حاول أن يعزوه لاحتسائه الخمر في اجتماع مجلس الإدارة في الليلة السابقة، ثم استطرد قائلاً: كنت أرسم صوراً كاريكاتيرية للرئيس أثناء الاجتماع وكانت رد فعل لقرار مجلس الإدارة والذي ينطوي ضمناً على زيادة أعبائه في العمل زيادة ثقيلة.

اضطرابات المعدة:

وفي تحليل (هورني) لحالة اضطراب معدي وغثيان لدى طبيب ناشيء يعمل مساعداً لأحد كبار الأطباء والذي تربطه به علاقة وطيدة جداً لكن أثناء تناوله للطعام معه للمرة الثالثة شعر باضطراب معوي وغثيان مصحوباً بحساسية مؤلمة للروائح، تبين من التحليل أن علاقته برئيسه قد أصابها أخيراً شيء من التوتر إذ أنه اتجه ببحثه اتجاهاً يخالف اتجاه رئيسه وحاول مفاتحته لكنه لم يفعل لعلمه بصلابة رأي رئيسه وضيقه بالخلاف (٨ : ٥٧٧). وهكذا يتضح أن التعقيد الذي حملته عمليات التحديث والتصنيع من ماديات وقيم مرتبطة بالعمل ولوائح وقوانين وعلاقات هيراركية بين الرؤساء والمرؤوسين وما يمثله كل هذا في نهاية الأمر من ضغوط تقع على كاهل الأفراد تؤدي إلى اضطراب العلاقة بين النفس والجسم. وإضافة لذلك فقد كشفت دراسة كل من روس، وماك نوتن (Roos and Mc Naughton) باستخدام الروورشاخ أن المثابرة من أجل النجاح، وعدم التوافق الجنسي، وعدم القدرة على الاحتمال ارتبطت بالصداع النصفي (١٧ : ٣٥).

ولا يخفى على أحد أن هذه النواحي تعتبر من نتائج ومصاحبات عمليات التحديث والتصنيع في المجتمعات. كذلك فإن ما يعكس أثر التحديث والتصنيع والحياة المدنية الحديثة ما أخذه هولمز (Holmes) وراهي (Rahe) عام ١٩٦٦ م في الاعتبار عند إعداد استبيان «قائمة الخبرات الحديثة (The Schedule & Recentexperience) إذ تضمن جوانب مثل:

التغير والتنقل في الإقامة والمهنة، كسر صغير لإشارة المرور وكلها جوانب تعكس الحياة الحضرية والتحديث في المجتمع، وقد ارتبط ٩٧ ٪

من التغيرات في الصحة في نتائج ذلك الاستبيان بأزمات الحياة في هذه الدراسة (١٢ : ٤٣٦).

ويعكس إعداد استبيان هولمز وراهي أن علاقة التحديث بالاضطرابات السيكوسوماتية قد امتد تأثيره على أدوات قياس هذه العلاقة في كثير من الأعمال والدراسات الأخرى وهذا ما أشار إليه فيس، وانجلش (Weiss and English) عند عرضهما للطريقة الطولية واستخدامها في تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية والتي تتكون أعراضها من مراحل تاريخية تسع هي:

المرحلة الفمية، والشرجية، والتناسلية، ومرحلة الكمون، ومرحلة البلوغ، والمراهقة، والشباب المبكرة، والشباب الوسط، وفترة الشيخوخة. ونلمح ابتداء من المرحلة السادسة (المراهقة) ما للمواقف المصاحبة للتحديث من علاقة بظهور الأعراض السيكوسوماتية كترك المنزل والعيش بين الغرباء والتخطيط لحياة العمل. والحرفة (المراهقة)، فقد العمل (حياة الشباب المبكرة ٢١ ـ ٤٠ عاماً)، وكتحقيق أو فقد الطموح المتوقع، مخاوف السرطان (حياة الشباب الوسط ٤٠ ـ ٦٠ عاماً) (١٧ : ٣٥).

التوافق والتحديث:

في محاولة البحث عن أشكال السلوك التحضري والذي يمكن اعتباره دليل على التوافق الشخصي الإيجابي، يكون من الضروري أن نبين كيف يصبح التحضر منتجاً لجوانب سلوكية سلبية. وللتوصل لذلك استخدم انكلز وسميث (١٩٨٢) اختبار الأعراض السيكوسوماتية والذي طبق في مواقف ثقافية مختلفة كوسيلة تشخيص سريعة للتوافق النفسي للفرد. ويتعلق بشكاوى جسمية في الأطراف وأعضاء البدن المختلفة. ويذهب باحثون إلى أن التصنيع المصاحب لعملية التحديث يؤدي إلى التفكك الاجتماعي، كما يؤدي إلى اضطرابات عقلية لدى هؤلاء الذين ترجع جذورهم للقربة ويعملون في المدن الصناعية، ولقد أدت الخبرة (Inkles and Horton) إلى

نتيجة مخالفة فقد لوحظ أن العمل في الصناعة يؤدي إلى تثبيت دخل الفرد، كما يعتبر مصدراً للأمن (Security). كذلك فإن فرص التعبير عن الذات وتحقيق المكانة غالباً ما يصاحب الحراك الاجتماعي في المدينة. وهذه الخبرات تعمل على نشر الصحة النفسية بشكل أكبر لدى عمال الصناعة. ولقد أراد بعض الباحثين التأكد من أي التفسيرين أصدق فقاموا بتطبيق صورة من اختبار الأعراض السيكوسوماتية لكل من تمت مقابلتهم من أفراد عينة الدراسة. وتم الحصول على توزيعات تتدرج من هؤلاء الذين أجابوا «بنعم» أي أن لديهم تلك المجموعة من الأعراض السيكوسوماتية العشرة والتي يتكون منها الاختبار، ويعتبر أن لدى الأفراد العديد من الأعراض السيكوسوماتية إذا كانوا يعانون من نصف أو أكثر من نصف الأعراض التي تضمها قائمة الأعراض الخاصة بثقافتهم. وقد تم البحث عن الأفراد الذين لهم اتصال مستمر بمؤسسات التحضر كالمدرسة، والمصنع ووسائل الأعلام ولديهم أعراض أكثر فتلخصت نتائج ذلك فيما يلي:

١ ـ غالباً ما تؤدي خبرات التحضر بالأفراد إلى سوء التنظيم واضطراب الشخصية والإجهاد والتوتر.

٢ ـ وبالنسبة للتعليم فكما ذكر دوركايم فإنه كما يؤدي للتكامل الاجتماعي فإنه من المحتمل أن يؤدي للانتحار، أي أن له تأثيراً ثابتاً ودالاً وإيجابياً على التوافق فالأفراد ذوو التعليم الأكثر لديهم أعراض أقل وأن التعرض لوسائل الأعلام يعمل في نفس الاتجاه لكن بصورة ضعيفة.

٣ ـ وبالمثل فإن التعرض لحياة الحضر والتي تتميز بهذه الوفرة من المنبهات والازدحام تجلب الأمراض السيكوسوماتية.

٤ ـ كما أن الذين يولدون في المراكز الحضرية لا يكون تكيفهم أقل بصورة دالة من هؤلاء المولودين في الريف، كذلك فإن الذين عاشوا في المدينة مدة طويلة لا تكون لديهم أعراض أكثر بشكل جوهري من هؤلاء الذين تعرضوا للحياة فيها عدداً أقل من السنوات، ونفس الشيء بالنسبة لهؤلاء الذين عاشوا في المدن الكبرى التي يعيش فيها أفراد من

جنسيات متعددة مثل لوس انجلوس. وسنتياجو وبوينس إيريس فنجد أنهم في حالة نفسية ليست أكثر اضطراباً من هؤلاء الذين يعيشون في مدن تقليدية صغيرة مثل ايبادن وفيلادلفيا.

٥ ـ لا يمكن القول بأن العمل الوظيفي في المصانع يؤدي إلى الشكاوي السيكوسوماتية فالناس الذين عملوا لمدة طويلة في المصانع لم يكتسبوا أعراضاً سيكوسوماتية أكثر نتيجة لطول مدة أقدميتهم في العمل. كذلك فإن الأفراد الناجحين في العمل ذوي المهارة العالية والقادرين على تسويق وبيع بضائع أكثر، يكون لديهم توافق أحسن.

٦ ـ وإذا اعتبر حجم المصنع واحداً من أكبر المؤشرات على البيروقراطية وعلى الخصائص غير الإنسانية للحياة الصناعية فإن ذلك لم يرتبط ارتباطاً فعالاً بالأعراض السيكوسوماتية فالعمل في المصانع الكبيرة يؤدي بصورة أقل للأعراض السيكوسوماتية. ولقد وجدت نفس النتيجة عندما درس أثر مستوى التكنولوجيا (عالي. متوسط. منخفض) وأثر السياسة الشخصية في مقابل التقليدية.

٧ ـ من الواضح أن العوامل التي تؤدي إلى الأعراض السيكوسوماتية لدى الأفراد في البلاد النامية تختلف عن تلك المرتبطة بالأفراد الذين يتعرضون ويتعايشون مع مؤسسات التحضر، كالمدرسة والمصنع والمدينة ووسائل الاتصال الجماهيري. وزيادة على ذلك لا يوجد دليل على أن الهجرة تؤدي إلى اضطراب وانضغاط نفسي كما يقاس بعدد كبير من الأعراض السيكوسوماتية. فالناس الذين يتحركون (بالهجرة) ليست لديهم أعراض سيكوسوماتية أكثر من الذين يبقون في بيوتهم بالقرى، ولا يبدو عليهم أيضاً أنهم أقل توافقاً من زملائهم الذين نشأوا وتربوا في المدينة، ومن ثم عملوا في الصناعة دون ضرورة للهجرة.

٨ ـ وبدراسة تأثير هذه المؤثرات وجد أنه إذا تراكمت خبرات التحضر بشكل كاف ستكون هناك زيادة ثابتة في نسبة من تظهر لديهم الأعراض السيكوسوماتية وذلك بالكشف عن الأكثر تعرضاً وعن الأقل تعرضاً من

خلال الاختبار. والقضية الأساسية هي أنه إذا كان الاتصال بمؤسسات التحضر لا يؤدي أحياناً للأعراض السيكوسوماتية فإن تحضر الفرد على المستوى الشخصي قد يؤدي لهذه الأعراض. وبكلمات أخرى فإن الأهم بالنسبة لتحضر الفرد ليس هو ما يجعله متحضراً لكن كيف يصير ويصبح متحضراً (١٥ : ٢٦٣).

من خلال ما سبق نجد أننا إزاء وجهتي نظر تؤكد أحدهما دور الحضارة والتحديث في انتشار الأمراض السيكوسوماتية وهذا ما سبق أن أيده البحث الذي أجري على الأسكيمو عام ١٩٥١ والذي بين أن نسبة شيوع هذه الأمراض بين من يأخذون بأسلوب الحياة الشائع في الحضارة الغربية، وبين السكان الأصليين تكون بنسبة ٥ : ١، فقد لوحظ أن هذه الأمراض بدأت تنتشر في البلاد الآخذة بالتصنيع كالهند، وأنها أقل انتشاراً في المناطق الزراعية وغير المصنعة من انجلترا. وقد نشر الدكتور عبدالعزيز إسماعيل مقالاً بمجلة لانست عام ١٩٢٨ م، قرر فيه أن ارتفاع ضغط الدم نادر جداً بين العمال المصريين، كذلك فإن ضغط الدم لدى الأجانب المقيمين في الصين والمناطق الحارة أقل من الضغط لديهم أنفسهم وهم يعيشون في المناطق المعتدلة، وأن التاجر الأمريكي ذا الحياة القلقة الصاخبة إذا ذهب للعيش بين قوم هادئين انخفضت لديه عمليات الأيض: الهدم والبناء» (١ : ٤٧).

ويقول «بروان» في إطار ذلك أن حقيقة ازدياد الأمراض الناتجة عن الضغوط الانفعالية أمر لا شك فيه وبخاصة في الأقطار الصناعية وهي نادرة في المجتمعات البدائية غير المصنعة كما بدأت تظهر في الهند وغرب أفريقيا بدخول التصنيع فيها. وفي تقرير «الدول» وآخر «الجونز» عن دور العوامل المهنية في تسبيب قرحة المعدة والأمعاء. وجدا أنه يزداد وقوعها لدى الأطباء والمشرفين والرؤساء التنفيذيين أي الذين تسند إليهم أكبر المراكز مسؤولية في الصناعة، في حين وجدت نسبة منخفضة لوقوعها بين العمال الزراعيين (٣: ٢٨). ويذكر كل من فيس وانجلش أن ارتفاع ضغط

الدم اضطراب ملازم للحضارة الغربية فتشير الدراسات التي أجريت على أهالي أفريقيا إلى أن ضغط الدم نادر بينهم. وقد ذكر «شولتز» أن حدوث ارتفاع ضغط الدم بين الزنوج الأمريكان الجنوبيين يكون مرتفعاً بمقدار مرتين ونصف عن البيض الجنوبيين. كما بين شولتز وشواب ومساعديهم هاينز، وبروان أن الميل لارتفاع ضغط الدم كما تأكد باختبار الماء المثلج يوجد بدرجة أعلى بين الزنوج الأمريكان الجنوبيين. ويشير هذا إلى عدم وجود أثر للوراثة إذ أن أجداد هؤلاء الزنوج في أفريقيا قبل أن يأتوا لأمريكا لم يكن لديهم ضغط دم عال، بل أن اتصالهم بالحضارة على مدى مائتي سنة جعلهم يكتسبون ضغط دم عال بدرجة أعلى من البيض الأمريكان (١٧ : ٣٥). أما وجهة النظر الأخرى فهي التي ترى ارتباط التحديث بالتوافق الإيجابي وهذا ما سنتناوله فيما يلي:

علاقة التحديث بالتوافق الإيجابي في ضوء الدراسات العربية

أما وجهة النظر الأخرى المقابلة لوجهة النظر السابقة والتي نضعها موضع الدراسة المستقبلية الميدانية فتتمثل في أنه في إطار النظر لمعالم التحديث السابق عرضها. يمكن أن نستخلص أن الفرد غير الآخذ بهذه المعالم يتسم بعدم الانفتاح على الخبرات الجديدة، وعدم تقبل الآراء الجديدة، وعدم الرغبة في التغير الاجتماعي، وعدم الرغبة في تنمية الآراء، وعدم المرونة، وعدم القدرة على اكتساب الحقائق، وليس لعامل الوقت اعتباراً عنده، ولا أهمية للكفاية في العمل والتخطيط لديه، نقول مرة أخرى في إطار ذلك يعتبر هذا الشخص عموماً غير متوافق : Maladjusted ، وذلك في مقابل الشخص الذي يأخذ بمعالم التحديث ويعتبر متوافقاً adjusted وفي ضوء ذلك نضع المعادلة الآتية:

التحضر في مقابل عدم التحضر = التوافق في مقابل عدم التوافق وهذا

على عكس ما طرحته وجهة النظر السابقة (والتي تعبر عنها) المعادلة الآتية: التحضر في مقابل عدم التحضر = عدم التوافق في مقابل التوافق).

وفي إطار وجهة نظرنا يعتبر المتوافقون أكثر تحضراً وأخذاً بأساليب التحديث، وأن غير المتوافقين يكونون أقل تحضراً وأقل أخذاً بأساليب التحديث. وفي إطار أيضاً أن الأفراد المنتجين هم الأكثر توافقاً في العمل لأنهم الأقل غياباً والأقل وقوعاً في الحوادث والأكثر أداءاً. . . إلخ، فإنهم يكونون أكثر تقبلاً وأخذاً بأساليب التحديث، وأن غير المنتجين هم الأقل توافقاً والأقل تقبلاً وأخذاً بأساليب التحديث فقد وجدنا في دراسة لنا عن العوامل الانفعالية والسيكوسوماتية المتعلقة بالتوافق المهني للعمال غير المنتجين في الصناعة ما يؤكد ذلك من خلال استجابات العمال المنتجين وغير المنتجين على المقاييس السيكوسوماتية والذي يتضح في الجدول (٤) الآتي:

رقم	المقاييس السيكوسوماتية	المنتجين متوافقين		غير المنتجين غير متوافقين		«ت»	الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	التنفس والدورة الدموية	١,٤٠	٠,٩٤	٢,٢٨	٠,٩٨	٧,٩٠	٠,٠٠١
٢	الأعراض السيكوسوماتية	٣,٧٠	٢,٦٤	٤,٤٠	٢,٣١	١,٥٥	غير دال
٣	الأعراض المعدية معوية	١,٩٠	١,٦٨	٣,٥٠	٢,٧٠	٤,٣٠	٠,٠٠١

جدول (٤)

ويتضح من الجدول (٤) السابق ما يؤكد وجهة نظرنا من ارتباط التحديث بالاضطراب السيكوسوماتي. فالعمال المنتجين (أي المتوافقين والأكثر أخذاً بأساليب التحديث) أقل تعرضاً للاضطرابات السيكوسوماتية من العمال غير المنتجين (أي غير المتوافقين والأقل أخذاً بأساليب التحديث) الذين يكونون أكثر تعرضاً للاضطرابات السيكوسوماتية (٨: ٥٧٧).

ومن ناحية أخرى فإن مما يؤكد أيضاً وجهة نظرنا ما وجدناه في دراسة لنا عن العلاقة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي للطالب الجامعي والنواحي الانفعالية والسيكوسوماتية حيث يمكن أن نعتبر مرتفعي المستوى الاقتصادي الاجتماعي أكثر تحضراً وأخذاً بأساليب التحديث، ومنخفضي الدخل أقل تحضرا وأخذاً بأساليب التحديث (٨: ٦٣٨).

ويتضح ذلك في النتائج التي بالجدول (٥) الآتي:

رقم	المقاييس السيكوسوماتية	مرتفعي المستوى الاقتصادي		منخفضي المستوى الاقتصادي		«ت»	الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	التنفس والدورة الدموية	٢,٧٢	١,٤٠	٢,٩٦	١,٢٨	٠,٧٥	غير دال
٢	الأعراض السيكوسوماتية	٣,٥٦	١,٧٤	٤,٧٤	١,٧٠	٢,٦٨	٠,٠١
٣	الأعراض المعدية معوية	٣,٧٢	٢,٤٠	٢,٧٨	١,٤٢	٢,٠٤	٠,٠٥

جدول (٥)

وتشير متوسطات درجات المنتجين، ومرتفعي المستوى الاقتصادي في الجدولين السابقين إلى أنهم في مقابل غير المنتجين ومنخفضي المستوى الاقتصادي أكثر توافقاً وأقل عرضة للاضطراب السيكوسوماتي.

ومما يؤكد وجهة نظرنا السابقة أيضاً الدراسة التي قام بها (١٩٨٢) كل من Alex Inkeles & David Horton Smith وهي عن التحديث في ست بلاد نامية أنه على الرغم من أن الاتصال بمؤسسات التحديث لا يؤدي لأعراض سيكوسوماتية أكثر فإنهما وجدا باختبار علاقة التحديث بالتوافق السيكوسوماتي معاملات الارتباط الآتية:

١ ـ معامل ارتباط التحديث بالتوافق السيكوسوماتي في عينة الأرجنتين ٠,٠٧ (دال).
٢ ـ معامل ارتباط التحديث بالتوافق السيكوسوماتي في عينة شيلي ٠,٠٣ (غير دال).
٣ ـ معامل ارتباط التحديث بالتوافق السيكوسوماتي في عينة باكستان ٠,٠٩ (دال).
٤ ـ معامل ارتباط التحديث بالتوافق السيكوسوماتي في عينة الهند ٠,١٥ (دال).
٥ ـ معامل ارتباط التحديث بالتوافق السيكوسوماتي في عينة إسرائيل صفر.
٦ ـ معامل ارتباط التحديث بالتوافق السيكوسوماتي في عينة نيجيريا ٠,١٥ (دال).

ورغماً من انخفاض معاملات الارتباط فإن أربعة منها لها دلالة إحصائية.

وتشير الارتباطات كما يذكر الباحثان إلى أن التحديث الأكثر يرتبط بأعراض سيكوسوماتية أقل أي توافق أكبر. وعلى العكس مما هو متوقع نجد أن الشخص الأكثر تمديناً يكون أكثر توافقاً كما يقاس باختبار الأعراض السيكوسوماتية (١٥ : ٢٦٤).

ونحن لا نغالي في وجهة نظرنا السابقة إلا بعد توفر قدر كبير من المعلومات من خلال الدراسات والبحوث المختلفة على كافة فئات الاضطراب السيكوسوماتي مقارنة بين الكثير من الثقافات خاصة في ضوء ما وجدناه في دراسة جبالي نور الدين على الجزائريين (١٩٨٩) مما لا يتمشى مع وجهة نظرنا حيث اتضح أن المرضى السيكوسوماتين بقرحة المعدة في دراسته (والذين نفترض أنهم أقل تمديناً حسب وجهة نظرنا وبالتالي الأقل توافقاً) كانوا أكثر توافقاً من الأسوياء كما يتضح من الجدول (٦) الآتي.

رقم	مقاييس الشخصية المتعدد الأوجه الدالة	مرضى القرحة الجزائريين		المجموعة الضابطة		«ت»	الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	البارانويا	١١,٧٧	٢,٢٨	١٤,٧٤	٣,٩١	٣,٠٢١	٠,٠١
٢	الفصام	٢٣,٢٧	٤,٦١	٢٩,٩١	٨,٠٧	٣,٢٩٣	٠,٠١

جدول (٦)

وقد وجد جبالي نور الدين نفس اتجاه الفرق بالنسبة للتوافق لدى عينة الذكور على حدة في مقياس البارانويا فقط، ولدى عينة الأناث على حدة في مقياس الفصام فقط.

إلا أن نتائج جبالي نور الدين على مرضى السكري تتفق مع وجهة نظرنا إذ وجد أن مرضى السكري أقل توافقاً من الأسوياء كما يتضح من الجدول (٧) الآتي:

رقم	مقاييس الشخصية المتعدد الأوجه الدالة	مرضى السكري الجزائريين		المجموعة الضابطة		«ت»	الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	الاكتئاب	٢٩,٣٥	٤,٨٤	٢٥,٥٢	٤,٤٨	٢,٧٢٠	٠,٠٥
٢	الذكورة والأنوثة	٢٢,٧٠	٣,٤٦	١٩,٨٣	٤,١٩	٢,٤٧٩	٠,٠٥

جدول (٧)

وقد وجد الباحث الجزائري نفس اتجاه الفرق بالنسبة للتوافق لدى عينة الذكور على حدة في مقياس الهستيريا، ولدى عينة الإناث على حدة في مقياس الاكتئاب (٣: ١٢١).

وإذا قارنا نتائج جبالي نور الدين في الجزائر (١٩٨٩) نتائج دراسة لنا في مصر (١٩٧٢) في ضوء مفهوم التوافق حسبما يقاس في كل عينة (الشخصية المتعدد الأوجه في الجزائر، وقائمة كورنل في مصر) نجد فروقاً ثقافية كما في الجدول (٨) الآتي:

التوافق من خلال المقاييس المستخدمة			
الجزائر		مصر	
مرضى القرحة	الأسوياء	مرضى الجهاز المعدي	الأسوياء
متوافقين	غير متوافقين	غير متوافقين	متوافقين

جدول (٨)

ويتضح من الجدول (٨) السابق اختلاف مستوى التوافق في مصر والجزائر في عينتي المرضى والأسوياء.

وهكذا نجد أننا إزاء مجموعة من النتائج المتناقضة والتي تحتاج لإجراء العديد من البحوث في عدة ثقافات تركز خاصة على علاقة التحديث بالكفاية الإنتاجية في العمل في ضوء المحكات والمؤشرات السلوكية كالغياب والأداء والإصابات، وعلى علاقة التحديث بالتوافق ومتغيراته المختلفة كالقدرات وجوانب الشخصية، وعلى التحديث والاضطرابات السيكوسوماتية في عدة ثقافات. . .

المـراجع

١ ـ أحمد عزت راجح ـ علم النفس الصناعي ـ المطبوعات الحديثة بالإسكندرية ـ ١٩٦١ صفحة ٤٧.

٢ ـ براون أ. تأليف ـ السيد محمد خيري وآخرون ـ ترجمة ـ علم النفس الاجتماعي في الصناعة ـ دار المعارف ـ القاهرة ـ ١٩٥٦ ص ٢٨٨.

٣ ـ جبالي نور الدين ـ علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية ـ رسالة ماجستير تحت إشراف محمود أبو النيل بآداي عين شمس ـ ١٩٨٩ ص ١٢١.

٤ ـ عمر شاهين ـ الطب النفسي الجسمي ـ مجلة الصحة النفسية الجمعية المصرية للصحة العقلية ـ القاهرة ـ أبريل ١٩٧٠ ـ صفحة ٢.

٥ ـ كارني هورني ـ تأليف ـ صبري جرجس ـ ترجمة وتلخيص ـ التحليل الذاتي ـ مجلة علم النفس بإشراف يوسف مراد مصطفى زيور ـ القاهرة ١٩٤٥ المجلد (١) العدد (٢) صفحة ١٩٩.

٦ ـ كوفيل وزملائه ـ تأليف ـ محمود الزيادي ـ ترجمة ـ علم النفس الشواذ ـ مكتبة النهضة العربية ـ ١٩٦٧ صفحة ١٣٥.

٧ ـ مايسة شكري ـ السمات الشخصية الانفعالية لدى بعض فئات مرضى

السرطان في الريف والحضر ـ دراسة عاملية ـ رسالة دكتوراه ـ كلية الآداب جامعة الإسكندرية ـ ١٩٨٨ صفحة ٢٢٨.

٨ ـ محمود أبو النيل ـ الأمراض السيكوسوماتية ـ مكتبة الخانجي ـ القاهرة ـ ١٩٨٤ صفحة ٤٧، ٥٧٧، ٦٣٨.

٩ ـ محمود أبو النيل ـ علم النفس عبر الحضاري ـ دار النهضة العربية ـ بيروت ـ ١٩٨٨ صفحة ٣٠١، ٣٥٣.

١٠ ـ محمود أبو النيل ـ التحديث والاضطرابات السيكوسوماتية ـ مجلة شؤون اجتماعية دولة الإمارات (الشارقة) العدد (٢٧) ـ ١٩٩١ صفحة ١٣٩ ـ ١٥٣.

١١ ـ ماجدة خميس ـ القلق النفسي وعلاقته لبعض الأمراض العضوية دراسة عاملية ـ رسالة دكتوراه بآداب إسكندرية، ١٩٩٢، صفحة ١٩٢ ـ ١٩٣.

12 - Clark Stafford, Psychiatry to day, Apelican Book, London, 1959, P. 234.

13 - Dunbar F., Mind and Body, Psychosomatic Medicine, Random House New york, 1955, p. 205.

14 - Floyd I. Ruch, Psychology and life, Scott, Foresman Comp New York, 1967, P. 436.

15 - Inkeles Alex and Horton Smith David, Becoming Modern: Individual Change in Six Developing Countries, Harvard University Press, London, 1982, p. 3.

16 - Laird Donald and Laird Eleanor, Practical Pusiness Psychology, Mc Graw Hill, New Yord, 1957, p. 226.

17 - Weiss Edward and English, O., Spurgeon, Psychosomatic Medicine, W., W. B., Saunder, London, 1950, p. 35.

الباب السابع عشر

الدراسة الحادية عشر

الإسهامات المصرية في دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية

(٤١) الفصل الحادي والأربعين

(٤١) الإسهامات المصرية في دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية

الفصل الحادي والاربعين

الاسهامات المصرية في دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية

مقدمة:

يرجع الفضل في إدخال الدراسات السيكوسوماتية للوطن العربي إلى عالم التحليل النفسي المصري الكبير مصطفى زيور إذ بدأ الدراسات التحليلية النفسية لحالات الأمراض السيكوسوماتية في العيادة النفسية بكلية الطب في باريس عندما كان رئيساً لها ـ بل وقبل ذلك ـ والتي تم نشرها في المجلات الفرنسية عن أمراض الجلوكوما، والربو الشعبي وغيرها من الدراسات منذ الأربعينات والتي نشرت بعد ذلك بالعربية في مجلة علم النفس (بإشراف: يوسف مراد، مصطفى زيور) ومجلة الصحة النفسية (بإشراف: مصطفى زيور، وصبري جرجس).

ثم أخذت الدراسات الخاصة بالاضطرابات السيكوسوماتية تأخذ بعد ذلك منحى آخر منذ عام ١٩٧٢ باستخدام الأساليب السيكومترية متمثلاً ذلك في أطروحة الدكتوراه التي أعدها محمود أبو النيل في ذلك العام تحت إشراف السيد محمد خيري عن الاضطرابات السيكوسوماتية والتوافق المهني.

ولقد جاء بعد ذلك كثير من الباحثين الذين قاموا بدراسة الاضطرابات السيكوسوماتية بتطبيق أدوات القياس النفسي، ومقارنة هؤلاء المرضى بالأسوياء للكشف عن الفروق في سمات الشخصية والنواحي الانفعالية وغير ذلك من الجوانب التي ترتبط بهذه الاضطرابات.

ولقد تركزت دراسات محمود أبو النيل (١٩٧٢ ـ ١٩٩٣) كما تبين في الفصول السابقة (بالمجلد الأول من الفصل ٦ ـ ١٨، وبالمجلد الثاني من الفصل ١٩ ـ ٤٠) حول أمراض الجهاز التنفسي (الربو الشعبي) والأمراض الجلدية، والصداع النصفي، والجهاز البولي والتناسلي والجهاز المعدي معوي، وجهاز القلب والأوعية، الدموية، والبول السكري من زوايا عدة مثل الصفحة النفسية للذكاء، والقدرات المتطلبة للعمل، والعلاقات السوسيومترية، والروح المعنوية والجوانب الانفعالية ومحكات الأداء في العمل كالغياب والوقوع في الحوادث. كما تم في جزء من هذه الدراسات الكشف عن علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بنوع الصناعة وتأثير البيئة سواء كانت إدارية أو فيزيقية من أتربة وغازات، وبالمستوى الاجتماعي الاقتصادي وبالتحديث Modernization، وبالكافية الإنتاجية.

أما الدراسات التي قام بها باحثون آخرون (الفصل الحادي والأربعين) فلقد تم في بعضها الربط بين الاضطرابات السيكوسوماتية والشخصية كدراسة لطفي فطيم (١٩٧٩)، وجبالي نور الدين (١٩٨٩)، وتم في البعض الآخر دراسة علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق في الدراسة، وفي العمل كدراسة كمال البنا (١٩٨٧) والتي تناولها أيضاً من زاوية تأثير الأنماط الإدارية، ودراسة غادة العتيبي (١٩٨٩) ودراسة ليلى مصطفى فرغلي (١٩٧٥). وفي بعض هذه الدراسات تم ربط الاضطرابات السيكوسوماتية بالتنشئة الاجتماعية socialization، والنضج الاجتماعي كدراسة منى أبو طيرة (١٩٨٩)، وكاميليا علي وآخرين (١٩٨١). هذا إضافة إلى أن هناك أحد هذه الدراسات والتي سعت إلى معرفة علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة life events كدراسة حسن مصطفى عبدالمعطي (١٩٨٩). كما سعت دراسة أخرى إلى تناول السرطان كأحد الاضطرابات السيكوسوماتية والسمات الشخصية المميزة لمرضى السرطان في الريف وفي الحضر وهي دراسة مايسة شكري (١٩٨٨). وهناك دراسة واحدة ركزت على دراسة مرضى الربو الشعبي لدى الأطفال دراسة

نفسية اجتماعية هي دراسة وفاء قاسم محمد (١٩٨٤)، ونعرض فيما يلي موجزاً مختصراً لهذه الإسهامات والتي بلغ عددها في حدود علمنا ٣٠ ثلاثين بحثاً (٥ لمصطفى زيور، ١٢ لمحمود أبو النيل، ١٣ لباحثين آخرين) وهو عدد قليل بالنسبة لنصف قرن (من الأربعينات حيث بدأ زيور حتى التسعينات) وقد تم نشر بحوث محمود أبو النيل فيما سبق وفيما يلي باقي هذه البحوث:

موجز للدراسات السيكوسوماتية

(١) **دراسات مصطفى زيور**: نشر مصطفى زيور «فصول في الطب السيكوسوماتي» في مجلة علم النفس التي كان رئيساً لتحريرها هو ويوسف مراد. وفي الفصل رقم (٣) من هذه الفصول قدم بحثاً عن الطب النفسي الجسمي ربو الشعب الرئوية (١٩٥٠). وقد عرض لحالة ربو كان قد نشرها في مجلة التحليل النفسي الفرنسية العدد (٤) عام ١٩٤٨ وقد قام بعلاج تلك الحالة التي تبلغ من العمر ٤٦ عاماً انتابتها أول أزمات الربو عام ١٩٢٣ غداة وضعها لطفلها الثاني ومنذ ذلك الحين تكاثرت عليها أزمات الربو مصحوبة بالتهاب الشعب وقد تميزت حياتها الزوجية بالاستفزاز المتبادل بينها وبين زوجها والذي يؤدي إلى الخلاف فالاختراق فمحاولات الصلح فالعودة إلى الحياة الزوجية لاستئناف الدور وهكذا دواليك. وتبين أثناء التحليل في قول المريضة عن أمها «. . . كنت أحس لو كانت أمي لا تستطيع احتمالي، فما أذكر أنها داعبتني يوماً، . . . ومع ذلك فقد كنت أكن لأمي الحب وما نازعني شوق إليها إلا صدتني عنها. ولكنها عندما مرضت في طفولتي أحسنت رعايتي واهتمت بعلاجي». وفي هذا الجو تكونت شخصية المريضة وفرض عليها ارتباطها الوجداني هذا بأمها أسلوبها الخاص في الاستجابة للمواقف الوجدانية المختلفة. ويتميز هذا الأسلوب بعدم النضج الانفعالي واتجاهه دائماً إلى تحقيق الوفاق مع كل ما يقوم مقام الأم حتى لو كان رجلاً لا امرأة، وقد كان هذا نفسه موقفها من زوجها كموقفها

من أمها والذي كان بمثابة الأم فموقفه منها لا يختلف عن موقف أمها من حيث الرعاية المشوبة بالقوة والتحكم.

وبحوث مصطفى زيور في ميدان «الأمراض النفسية الجسمية» كثيرة إذ نشر بحوثاً في مرض قرحة المعدة ومرض ارتفاع ضغط الدم الجوهري ومرض الماء الأزرق «الجلوكوما» وكان هذا البحث الأخير أول بحث ينشر له على المستوى الدولي ثم نشر بحثاً مفصلاً في زملات الأمراض النفسية الجسمية وذلك في المجلة الفرنسية للتحليل النفسي ١٩٤٨ كما سبق أن ذكرنا (١١ ـ ٣٢٧).

(٢) دراسات محمود أبو النيل: والتي تم عرضها بالتفصيل في المجلدين الأول واثاني وهي:

أولاً ـ بحوث بالمجلد الأول:

١ ـ علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة (المجلد الأول من الكتاب: من الفصل ٦ ـ ١٨).

ثانياً ـ بحوث بالمجلد الثاني:

٢ ـ العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية في الصناعة والصفحة النفسية للذكاء (المجلد الثاني: من الفصل ١٩ ـ ٢١).

٣ ـ العوامل النفسية في أمراض الجهاز التنفسي: دراسة عن العلاقة بين الربو الشعبي والتوافق في العمل لدى جماعة صغيرة من العمال الصناعيين (المجلد الثاني: من الفصل ٢٢ ـ ٢٦).

٤ ـ دراسة عن العوامل النفسية المرتبطة بالأمراض الجلدية وجوانبها الإرشادية والتربوية. (المجلد الثاني: من الفصل ٢٧ ـ ٢٨).

٥ ـ العوامل الانفعالية والسيكوسوماتية المتعلقة بالتوافق المهني للعمال غير المنتجين في الصناعة (المجلد الثاني: من الفصل ٢٩ ـ ٣٠).

٦ ـ علاقة نوع الصناعة بالاضطرابات السيكوسوماتية في ضوء الاستجابة على قائمة كورنل (المجلد الثاني: من الفصل ٣١ ـ ٣٢).

٧ ـ العلاقة بين المستوى الاجتماعي للطالب الجامعي والنواحي الانفعالية والسيكوسوماتية (المجلد الثاني: من الفصل ٣٣ ـ ٣٤).

٨ ـ العوامل النفسية في أمراض الصداع النصفي (المجلد الثاني: الفصل ٣٥).

٩ ـ العوامل النفسية في أمراض الجهاز البولي والتناسلي والوظيفة الجنسية (المجلد الثاني: من الفصل ٣٦ ـ ٣٧).

١٠ ـ العوامل النفسية في مرض البول السكري. (المجلد الثاني: من الفصل ٣٨ ـ ٣٩).

١١ ـ التحديث والاضطرابات السيكوسوماتية (المجلد الثاني: الفصل الأربعون).

١٢ ـ الفصل الحالي: الإسهامات المصرية في دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية (المجلد الثاني: الفصل الحادي والأربعين).

(٣) دراسة في موضوع «الروح المعنوية للعمال الصناعيين وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية» قامت به ليلى فرغلي (١٩٧٥).

وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن عوامل الروح المعنوية المرتبطة بوجود الأعراض السيكوسوماتية لدى العمال. وقد تكونت عينة الدراسة من عاملين يعملون بالشركة الأهلية للغزل والنسيج بالإسكندرية. وقد تم تطبيق مقياس الروح المعنوية عليهم وتم اختيار مجموعتين أحدهما مرتفعة الروح المعنوية عددهم ٤٤ أربعة وأربعين عاملاً بمتوسط عمر ٤٤,٤ وانحراف معياري ١٠,٠٩ ومتوسط سنوات الخبرة في العمل ٢٦,٢٥ وانحراف معياري ٩,٧ وكان أغلبهم يقرأون ويكتبون أو لديهم شهادات ونسبة الأميين لا تزيد عن ٢٠٪، أما المجموعة المنخفضة الروح المعنوية فقد بلغ عددها خمسة وأربعين عاملاً متماثلين في كل الخصائص تقريباً مع المجموعة المرتفعة الروح المعنوية. وكانت الاختبارات المستخدمة إلى جانب مقياس الروح المعنوية قائمة كورنل ومقياس الشخصية المتعدد الأوجه والمقابلة.

وقد كشفت النتائج أن الخوف على الصحة والفزع والاكتئاب بقائمة كورنل قد ميزوا تمييزاً دالاً بين الروح المعنوية المرتفعة والمنخفضة بما يعكس أن ذوي الروح المنخفضة أكثر فزعاً واكتئاباً وخوفاً على الصحة. كما أن متغير المعدة والأمعاء في مقياس المنسوتا قد ميز بين المجموعتين بما يشير إلى أن المجموعة المنخفضة الروح المعنوية لديها شكاوى وأعراض معدية معوية أكثر بفرق دال إحصائياً من المجموعة المرتفعة الروح المعنوية (٨).

(٤) دراسة ستطلاعية في دولة الكويت لظاهرة قصور الشريان التاجي وأمراض القلب وارتباطها بمتغيرات ثقافية واضحة قام بها محمد أحمد غالي ورجاء أبو علام (١٩٧٧).

وتسعى الدراسة إلى الكشف عن تأثير الحياة وظروف الثقافة بدولة الكويت في إصابة الفرد بأمراض القلب والدورة الدموية. وأخذت العينة من المترددين من مرضى القلب على مدى شهرين ووصل عدد العينة ٥٠ خمسين من مرضى القلب والشريان التاجي. وقد كشف هذا المسح الاستطلاعي عن عدد من النتائج منها أن نسبة المصابين بهذه الأعراض من الكويتيين ٤٤ ٪ ومن غير الكويتيين ٥٦ ٪ وترجع زيادة نسبة غير الكويتيين إلى القلق والتوتر الناتج عن الاغتراب عن الوطن الأم وإلى الخوف من فقد العمل، كما أوضحت النتائج أن عمر المرضى يتراوح بين ٣٥ ـ ٤٥ عاماً وهو سن العمل والإنتاج وتحمل المسؤولية وكانت نسبة الذكور في هذا العمر أعلى من نسبة الإناث وهذا يعني أن ضغوط الحياة تقع في أغلبها على الذكور أكثر من الإناث. وعن علاقة تحمل مسؤولية الزواج بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى الكويتيين وغير الكويتيين تبين أن نسبة المتزوجين الكويتيين ٢٨ ٪ بينما نسبة المتزوجين غير الكويتيين ٤٤ ٪ (٢٤).

(٥) دراسة عن العلاقة بين نمط الشخصية والأمراض السيكوسوماتية

قام بها لطفي فطيم (١٩٧٩) وقد اعتمدت هذه الدراسة على ما توصل إليه فيشر وكليفلاند في دراستهما عن صورة الجسد والشخصية وقد وصلا إلى نمطين من الشخصية على أساس موقع العرض السيكوسوماتي من حيث كونه ظاهراً أو باطناً. فصورة الجسد هي بعد أساسي من أبعاد الشخصية وتصور الفرد لحدود صورة جسده باعتبارها هشة قابلة للاختراق أو صلبة واقية يحدد موقع العرض السيكوسوماتي. وقد افترضت الدراسة الميدانية أن المرضى بالمرض السيكوسوماتي ذو الأعراض الباطنة يحصلون على درجة مناعة منخفضة عن تلك التي يحصل عليها المرضى بمرض سيكوسوماتي ذي أعراض ظاهرة وبلغ عدد أفراد عينة الدراسة ٥٠ خمسين مريضاً نصفهم مرضي بقرحة المعدة والاثني عشر والنصف الآخر مرضى بالتهاب روماتيزم المفاصل وكانوا من مستشفى المنيل الجامعي وتراوح عمرهم بين ٣٠ ـ ٤٠ عاماً والتعليم بين الأمية والتعليم المتوسط ويعملون في وظائف حرفية ويسكنون أحياء شعبية ومعظمهم متزوجون. وقد طبق على العينة اختيار بقع الحبر لهرمان رورشاخ. وقد وجد فرق دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١ بين المجموعتين بالنسبة لاستجابات الرورشاخ الخاصة بدرجات المناعة (٩).

(٦) دراسة عن العصابية والانبساط والنضج الاجتماعي لدى مرضى الرَبَو الشعبي لكاميليا علي وأحمد عبدالخالق وآخرون (١٩٨١). وقد سعت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين عينات من تلاميذ مدرسة الاسكندرية المصابين بالربو الشعبي وغير المصابين به في كل من العصابية والانبساط والنضج الاجتماعي وقد أخذت العينة من أربع مناطق طبية بالإسكندرية وقد بلغ عدد العينة ١٧٧ حالة من مرضى الربو وتم اختيار التلميذ المجاور في الجلوس في الفصل للتلميذ المريض كفرد ضابط. كذلك قسم المرضى إلى أربع مجموعات حسب شدة المرض وتم اعتبار مرات تكرار الأزمة الربوية في السنة أساس لذلك التقسيم. وقد طبق على العينة قائمة إيزنك للشخصية (والتي تضمنت تلاميذ مدارس ابتدائية

وإعدادية) كذلك طبقت عليهم مقياس فانيلاند للنضج الاجتماعي. وقد كشفت النتائج عن وجود درجة مرتفعة من العصابية لدى مرضى الربو الشعبي بالمقارنة بالمجموعة الضابطة. وقد ظهر من هذه الدراسة كذلك أن درجة العصابية تزداد مع زيادة شدة المرض. كما وجد أن مرضى الربو الشعبي أقل انبساطاً من المجموعة الضابطة في مستوى المرحلة الابتدائية من الجنسين أما بقية المقارنات في المراحل التعليمية التالية ولدى الجنسين فهي غير دالة إحصائياً. وقد يفسر ذلك أن الطفل عندما يزداد نضجاً فإنه يتصالح مع مرضه ويتقبل الأمر الواقع (٧).

(٧) دراسة نفسية اجتماعية لمرضى الربو الشعبي لدى الذكور من الأطفال لوفاء قاسم (١٩٨٤). وتحاول هذه الدراسة الكشف عن العوامل النفسية والاجتماعية المؤدية لمرض الربو الشعبي خاصة أهم اضطرابات السلوك والاضطرابات الانفعالية التي قد يعاني منها الذكور والتي تساعد على ازدياد حدة الإصابة لديهم. واختيرت العينة من عيادة الحساسية بالقصر العيني وشملت العينة مجموعتين من فئتين عمريتين مختلفتين الأولى عددها ٢٥ طفلاً بين ٣ ـ ٦ سنة، والثانية ٢٥ أيضاً بين ٧ ـ ١٣ سنة والمجموعين من المصابية بالربو الشعبي وكان لكل مجموعة منهما مجموعة ضابطة من الأصحاء. وقد توصلت الباحثة من تطبيقها للمقابلة واختبار ايزنك للأطفال لعدد من النتائج من بينها إن اضطرابات النوم تنتشر بين الأطفال المرضى بالربو الشعبي، كذلك وجدت علاقة بين الإصابة بهذا المرض وارتفاع نسبة الإصابة به بين أفراد عائلة الطفل. وبالنسبة للشخصية لم توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية من المرضى والضابطة من الأسوياء على متغيري العصابية والانبساطية وإن كان المتوسط مرتفعاً في عينة المرضى (٢٦: ٩٢).

(٨) دراسة العوامل النفسية المرتبطة ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين قام بها حسن مصطفى عبدالمعطي (١٩٨٤). وقد تكونت عينة الدراسة من ٣٠ مراهقاً ١٥ خمسة عشر منهم لديهم ربو

شعبي والباقي مجموعة ضابطة وقد اختيرت مجموعة المرض من تلاميذ المدارس الإعدادية والثانوية بمستشفى الزقازيق الجامعي وقد استخدم في التشخيص جهاز قياس كفاءة وظائف الرئة. وقد روعي تماثل المجموعتين في جميع النواحي، منها الذكاء والمستوى الاقتصادي وكلهم ذكور، وقد طبق على المجموعتين عدداً من الاختبارات النفسية وقد تبين من نتائج اختبار تفهم الموضوع أن الحاجات المشبعة لدى المرضى السيكوسوماتيين هي الحاجة لتلقي العون والحاجة للإذعان والحاجة للسلبية والحاجة إلى تجنب الأذى وأما الحاجات غير المشبعة لديهم فهي الحاجة للادمان النفسي والحاجة للاستقلال والحاجة للحب والحنان. وبالنسبة للعلاقة بالآخرين ظهر الإحباط والحرمان وشدة الطابع المازوخي في علاقة السيكوسوماتيين بالآخرين بينما تتميز استجابات المراهقين الأسوياء بثراء علاقاتهم بالآخرين. وبالنسبة للعلاقات الجنسية فقد أظهر السيكوسوماتيون هروب حوازي من الحاجة إلى الجنس، وعلاقات جنسية مثلية وخوف من فقدانها وبعداً واضحاً عن التعبير عن الجنسية الغيرية. أما بالنسبة لصورة الذات فتبدو سلبية عند المرض السيكوسوماتيين والأنا غير كفء بينما استجابات المراهقين الأسوياء تدل على قدر كبير من الإيجابية والنضج (٣).

(٩) دراسة في موضوع التوافق النفسي للمديريين دراسة عن العلاقة بين النمط الإداري وبين نوع الاضطرابات السيكوسوماتية في الصناعة لكمال عبدالمحسن البنا (١٩٨٧).

وتهدف دراسة كمال البنا إلى اختبار صحة نظرية الشبكة الإدارية لكل من موتون وبليك .Grid Managment, Blake R.R. & Mouton s. وقد حددت النظرية خمسة مواقع أساسية هي:

(١) النمط المهتم بالإنتاج أكثر من الاهتمام بالفرد ودرجته ١/٩ والمدير في هذا النمط هو صاحب القرار الأول والنهائي ولا يقبل مشاركة المرؤسين في اتخاذ القرار. (٢) النمط المهتم بالعامل أكثر من الاهتمام بالإنتاج ٩/١ ويعتبر هذا النمط أن العامل قادر على المساهمة في اتخاذ

قرارات الإنتاج. (٣) النمط الذي يواءم بين اهتمامه بالإنتاج واهتمامه بالعامل ودرجته ٥/٥ حيث يتخذ خطاً وسطاً. (٤) النمط الذي لا يهتم بالإنتاج ولا بالعامل ١/١ ويتميز هذا النمط بعدم رغبة المدير في المشاركة في أي عملية من عمليات الإنتاج سواء في مراحل التخطيط أو في عملية الإنتاج ويعمل فقط بالقدر الذي يضمن له استمرار وظيفته. (٥) النمط الذي يوجه كل اهتماماته لكل من الإنتاج والعامل ٩/٩ ويحدث هذا حينما يحصل المدير على أقصى درجة (٩) ويتميز هذا النمط بأن المدير يؤمن بأن تحقيق أهداف الإنتاج لا يأتي إلا بعد التخطيط للإنتاج وبمشاركة فعالة من جانب الأفراد للقيام بالعمل، وقد اكتشف موتون وبليك نمطاً آخر سمياه النمط الأبوي Paternalism حيث يلعب فيه المدير دور الأب ويعتبر العاملين معه أولاده. وقد أوضح كل من موتون وبليك أن كل نمط له ردود الفعل الفسيولوجية وبذلك فإن كل نمط يكون المديرين فيه مستهدفين لنوع من الأمراض السيكوسوماتية. ولقد شملت عينة الدراسة ٩٢ مديراً بشركة النصر لصناعة السيارات يعملون في التصنيع والتجميع والتخطيط والمتابعة والصيانة والتدريب والحسابات والمخازن والميزانية والشؤون القانونية وكانت متوسط خبرتهم في العمل ٢١,١ عاماً بانحراف ٤,٠٦ ومتوسط العمر ٤٨,٤ انحراف بانحراف ٥,٠٠ ومستوى تعليم أفراد العينة بين مؤهل متوسط ومؤهل عالي وأغلبهم مؤهل عالي. وقد طبق على العينة عدداً من الاختبارات التشخيصية والنفسية والتي تقيس السلوك الإداري. وقد كشفت النتائج عن ارتباط النمط ٩/١ بمرض السكر واضطرابات الغدد والرعاية. كذلك فإن النمط ١/٩ ارتبطت به اضطرابات الجهاز الهضمي والقلب. أما النمط ٥/٥ فقد ارتبط بالخوف على الصحة وانخفاض التوتر ووهن العزيمة. كذلك فإن النمط ٩/١ قد ارتبط بمرض السكر والحساسية والشك والسلوك السيكوباتي. وقد كشفت الدراسة العاملية عن وجود عدد من العوامل على رأسها عامل الاضطرابات السيكوماتية (٦).

(١٠) دراسة عن السمات الشخصية والانفعالية لدى بعض فئات

مرضى السرطان في الريف والحضر دراسة عاملية مقارنة في الفروق الجنسية والتي قامت بها مايسة محمد شكري (١٩٨٨).

وقد تناولت النظريات النفسية المفسرة للسرطان لكل من: (لوشان ١٩٦٦، ماكويد ١٩٧٢) واللذان ركزا على تأثير العوامل النفسية وخاصة الانعصاب على خفض الاستجابة المناعية للجسم وما يمكن أن يستتبعها من نمو وظهور تكوينات سرطانية خبيثة، وقد أضاف ماكويد بأن الانعصاب يحدث خللاً في إفراز هرمونات قشرة الغدد الأدرينالينية والتي تؤثر في إنتاج الخلايا الليمفاوية من النوع (T) وهي المكون الأساسي من خلايا كرات الدم البيضاء المسؤولة عن مقاومة أي أجسام غريبة تظهر في جسم الكائن الحي، كما عرضت الباحثة لآراء سولمان (١٩٧٦) ثم نظرية هانز سيلي Selye, H. وقد أجرت مايسة شكري دراستها تلك على ١٢٠ مريضاً نصفهم ذكور ونصفهم إناث وتصنف كل من عينة الذكور والإناث إلى قسمين نصف من الريف ونصف من الحضر (ذكور ٦٠: ٣٠ ريف، ٣٠ حضر. إناث ٦٠: ٣٠ ذكور، ٣٠ إناث) في مستشفى الأورام. وقد طبقت الباحثة عدداً من الاختبارات النفسية وتوصلت إلى مجموعة من النتائج إذ وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين الذكور والإناث في الريف وإن الفروق في صالح الذكور في حين لا توجد هذه الفروق بين ذكور وإناث الحضر من المرضى. أما بالنسبة لوجهة الضبط فقد وجدت فروق جوهرية بين الذكور والإناث من مرضى الحضر وفي صالح الذكور، وبالنسبة للانعزال الاجتماعي وجدت فروق دالة بين مرضى الريف من الذكور والإناث. ولقد توصلت الباحثة إلى عدد من العوامل على العينة الكلية من المرضى (ن = ١٢٠) وكان العامل الأول هو القابلية للاستثارة، والثاني كان قطبياً وهو الانبساط في مقابل الانطواء، والعامل الثالث الانعصاب في مقابل التأقلم (٢٥).

(١١) دراسة عن الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين لحسن عبدالمعطي (١٩٨٩) أو في هذه الدراسة يحاول

الباحث الكشف عن أحداث الحياة الصارمة والمؤثرة في المرضى السيكوسوماتيين وذلك فيما يختص بإدراكهم لصعوبات أحداث الحياة. وتم اختيار ٤٣ مريضاً منهم ٨ قرحة معدة، ٨ ضغط دم جوهري، ٧ ربو شعبي، ١٤ روماتيزم مفاصل، ٦ مصابين باضطرابات جلدية وتكونت المجموعة الضابطة من ١٥ متجانسين في السن والذكاء والجنس والمهنة والحالة الاجتماعية، وقد كشفت النتائج أن أهم الأحداث المؤثرة في المرض السيكوسوماتي هي المرتبطة بالعمل والدخل والأسرة، كما وجد أن مرضى قرحة المعدة كانوا أكثر المجموعات إحساساً بتأثير الأحداث المرتبطة بالعمل والدراسة. أما مجموعة الربو الشعبي فقد كانوا أكثر المجموعات إحساساً بتأثير الأحداث المرتبطة بالمنزل والحياة الأسرية وفسرت هذه النتيجة من خلال أن هؤلاء المرضى يعيشون صراعاً حول الحب الوالدي، وأن العديد منهم ماتت أمهاتهم في طفولتهم أو كانت الأمهات من النوع شديد القسوة التي لا يشعر الطفل معها بالأمن. أما مجموعة ضغط الدم فقد كانت أكثر المجموعات إحساساً بتأثير الأحداث الشخصية وقد فسرت هذه النتيجة في ضوء الأبحاث السابقة أن مرضى الضغط يعانون من غضب حاد مزمن مكفوف وأن دخائل نفوسهم تغلي بالحنق (٤ : ٢٩).

(١٢) دراسة عن علاقة الأعراض السيكوسوماتية بالتوافق الدراسي لدى الطلاب المراهقين والتي قامت بإعدادها غادة سليمان العتيبي (١٩٨٩). تناولت الباحثة الدراسات التي ربطت بين التوافق الدراسي والأمراض السيكوسوماتية كدراسة ويلسون ١٩٧٢ والتي كانت إعادة لدراسة أخرى أجريت ١٩٦٧ والتي توصلت إلى أن عدم رضا الطالب عن مستواه الدراسي يرتبط ارتباطاً إيجابياً وجوهرياً بدرجاته على مقياس السيكوسوماتية فعندما يعتقد الطالب أنه فاشل في دراسته الجامعية فإنه يعاني من اضطرابات سيكوسوماتية. إلا أن دراسة ويلسون الحالية (١٩٧٢) ذهبت إلى أنه يمكن فهم العلاقة بين درجة الرضا عن الدراسة وردود الفعل نحو الجامعة بأن

يوضع في الاعتبار متغيراً وسيطاً هو «مركز المسؤولية عن الأداء» ويقصد به مدى اعتقاد الطالب بأن فشله الدراسي يرجع لعوامل خاصة به (أي الطالب) أم لظروف خارجة عن إرادته ومن هنا يفترض أن هناك علاقة بين عدم الرضا الدراسي والأعراض السيكوسوماتية لدى الطلاب الذين يعتقدون أنهم هم المسؤولون عن أدائهم الدراسي، وقد كشفت النتائج عن زيادة الأعراض السيكوسوماتية بتقدم الطلاب في المراحل الدراسية كما وجدت علاقة بين مركز المسؤولية عن الأداء وبين عدم الرضا والنواحي السيكوسوماتية لدى الذكور فقط. وقد اختارت غادة العتيبي عينة دراستها من مدرستين ثانويتين بالكويت أحدهما بنين والأخرى بنات في الفصلين الأول والثاني وتم اختيار ٥٠ في كل صف أي أن عينة الذكور ١٠٠ مائة والإناث مائة أيضاً. وقد طبقت على العينة قائمة كورنل واختبار الذكاء اللفظي واختبار التوافق الدراسي واختبار الشخصية الإسقاطي الجمعي وكشفت الدراسة لدى العينة الكلية عن ارتباط مقياس العلاقة بالأساتذة وتنظيم الوقت بكل مقاييس الأعراض السيكوسوماتية ارتباطاً إيجابياً كذلك الأمر بالنسبة لمقياس العلاقة بالزملاء فقد ارتبط بمقاييس الأعراض السيكوسوماتية ارتباطاً إيجابياً. فقد ارتبط مقياس أعراض التنفس بالعلاقة بالزملاء ٠,٢٢٢ وبالعلاقة بالأساتذة ٠,٢٧٢ وبتنظيم الوقت ٠,٢٧٩ وارتبط مقياس الأعراض السيكوسوماتية بالعلاقة بالأساتذة ٠,٢١٥ (٥).

(١٣) دراسة عن علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية والتنشئة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة والتي قامت بها منى حسين أبو طيرة (١٩٨٩) ولقد بدأ مثل هذا النوع من الدراسات على يد الكثيرين من أمثال. استيرلن Stierlin، ورشنج wirsching (١٩٧٧، ١٩٧٩) حيث وجد أن العوامل المرتبطة بالبناء الأسري والتي لها علاقة بالاضطرابات السيكوسوماتية هي: الإلزام والأبعاد، كما توصلا إلى أن تحسن الأعراض السيكوسوماتية أمر يمكن تحقيقه لو تفهم المرضى وظائفهم وأدوارهم داخل البناء الأسري. كذلك ما أشارت إليه دراسات الكسندر من أن أغلب مرضى

الربو يشكون من أنهم كانوا محرومين من الحب الأمومي في الطفولة كما أن ما أشار إليه دافيزون Davison B. ونيل Neale, J. (١٩٧٨) يعتبر امتداداً لتلك الأفكار حيث ذهبا إلى أن اضطراب علاقة الوالدين بالطفل ترتبط بنمو أزمات الربو الشعبي. وقد تكونت عينة الدراسة الحالية من ٢٥٠ مائتي وخمسين طالب من الذكور والإناث وكان الذكور عددهم ١٢٥ من كليات الآداب والعلوم والهندسة، وكذلك عينة الإناث ١٢٥ من كليات الإدارة والعلوم والهندسة. وقد تم تطبيق خمسة اختبارات هي قائمة كورنل، والشخصية الإسقاطي الجمعي واختبار الاضطرابات السيكوسوماتية واختبار ايزنك للشخصية ومقياس اتجاهات التنشئة الاجتماعية للأبناء. ولقد كشفت النتائج النهائية أن متغيري الرفض والإهمال في تنشئة الأب والأم على السواء من أهم أساليب التنشئة والتي ارتبطت بمتغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية ارتباطاً دالاً وموجباً، يليهما متغيراً عدم الاتساق في المعاملة والضبط من خلال الشعور بالذنب ثم التشدد فالتبعية ثم يليهم متغير المبالغة في الرعاية. وتذهب الباحثة إلى أنه بالنظر لمضمون أساليب التنشئة التي ارتبطت إيجابياً بالاضطرابات السيكوسوماتية نجد أنها تكشف عن مناخ للتنشئة يتسم بالتطرف سواء بالنبذ أو عدم التقبل والتجنب وشدة العقاب أو بالمبالغة في الرعاية والحماية الزائدة، ومن شأن هذا التطرف (نبذ ـ حماية زائدة) أن يؤدي إلى تكوين شخصية غير ناضجة تعاني من صعوبات في التوافق (١٠).

(١٤) دراسة عن علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية، دراسة مقارنة لحالات القرحة المعدية وحالات السكري وتعتبر هذه الدراسة التي أجراها جبالي نور الدين (١٩٨٩) امتداداً لكثير من الدراسات السابقة في مجالي القرحة المعدية، والسكري. وبالنسبة لمجالات القرحة فإن فلاندرز دنبار تعتبر أول من حاول رسم بروفيل نفس لكل اضطراب سيكوسوماتي ومن بعدها حاول الدارسون اتباع نفس المنهج لنفس الهدف ومنهم بودوارو وآخرين Beaudouar. I. et. al (١٩٦٩) إذ قام برسم بروفيل

سيكوسوماتي للمصابين بالقرحة الهضمية فوجد أن لديهم ميولاً انقباضية. كما يتميزون بالنشاط الزائد والخجل الزائد والتذبذب الانفعالي. كذلك بينت الدراسات السابقة أن اضطراب السكري أحد الاضطرابات العضوية الذي تقف شخصية المصاب وراء ظهوره. ولقد حاول كثير من الباحثين منهم كوخ ومولنارد Koch, M. F. a. Molnord, g. d (١٩٧٤) برسم بروفيل نفسي لشخصية المصاب باضطراب السكري.

وقد دلت النتائج بعدم وجود بروفيل شخصي نوعي للسكريين وفي دراسة لكاتين ساندرز وآخرين Sanders, K et al (١٩٧٥) وجدوا أن مريض السكري في حد ذاته يمثل مصدر ضيق لعائلته، وفي الدراسة الحالية بلغ عدد أفراد العينة ٦٨ فرداً منهم ٢٢ مريضاً بالقرحة المعدية (١٥ ذكور، ٧ إناث)، ٢٣ مريضاً بالسكري (١٥ ذكور، ٨ إناث) ٢٣ سوياً (١٥ ذكور، ٨ إناث) وكان متوسط عمر العينة ٢٩,٤٦ عاماً بين ١٨ ـ ٤٦ عام وغالبيتهم متزوجون ومتعلمون بين ابتدائية وجامعي وأخذت الحالات من المستشفى الجامعي مدينة «باتنه» بالجزائر وقد طبق الباحث على العينة اختبار الشخصية المتعدد الأوجه وقائمة ايزيك للشخصية وقد تحقق من ثباتهما وصدقهما.

وقد بينت النتائج وجود فروق دالة بين مجموعة القرحة المعدية والأسوياء على مقياسي البارانويا والفصام بما يعكس أن مرضى القرحة لديهم ميول بارانويا وفصام أقل من الأسوياء، وعند المقارنة بين الذكور من المرضى والذكور من الأسوياء ميز بينهما مقياس البارانويا وبالنسبة للإناث ميز بينهما مقياس الفصام. وعند مقارنة مرضى السكري بالأسوياء ميز مقياس الاكتئاب والذكورة والأنوثة بما يشير إلى أن المرضى لديهم ميولاً اكتئابية، وميول ذكورة وأنوثة أعلى من الأسوياء وعند مقارنة ذكور المرضى بذكور الأسوياء ميز مقياس الهستيريا، وعند مقارنة الإناث المرضى بالإناث الأسوياء ميز مقياس الاكتئاب بما يشير إلى أن المرضى لديهم ميولاً هستيرية واكتئابية أعلى من الأسوياء (٢).

(١٥) دراسة عن التخييل لدى الأطفال المصابين بالأمراض السيكوسوماتية، وقد قامت بإجراء هذه الدراسة آمال كمال محمد (١٩٩٢). وقد هدف البحث إلى الكشف عن العمليات التخييلية لدى الأطفال المضطربين سيكوسوماتياً بالربو الشعبي والأكزيما والثعلبة. وقد تكونت العينة من ١٥ طفلاً بواقع خمسة من كل اضطراب، أعمارهم بين ٦ ـ ١٠، وهي مرحلة تقابل الكمون في النمو النفسي الجنسي والتي تتصف بمدى واسع من تخييلات مراحل النمو السابقة. وقد كشفت نتائج المقابلة والأدوات إن التخييلات التي شاعت بين عينة الربو تعلقت بمخاوف الانفصال والغيرة والموت، وكانت الصراعات خاصة بقصور في التفاعل مع البيئة. وقد شاعت بين حالات الأكزيما تخييلات الانفصال والنبذ من الأم والغيرة وتمثلت الصراعات في قصور من التفاعل مع البيئة أيضاً. أما عينة الثعلبة فقد شاعت تخييلات الانفصال والنبذ من الأم، والعدوانية، والغيرة وتعلقت الصراعات بقصور في التفاعل مع البيئة (١).

وفي النهاية تبقى مشكلة المشاكل في كل البحوث السيكوسوماتية متمثلة في هل العوامل النفسية هي الأصل أم هي نتيجة للاضطراب العضوي والحل يتمثل في البحث من خلال تاريخ الحياة والأدوات النفسية عن العوامل النفسية لاستبعاد الحالات ذات الأصل العضوي وهذا ما قمنا به من دراساتنا منذ عام ١٩٧٢.

مراجع الفصل الحادي والأربعين

١ - آمال كمال محمد - التخييل لدى الأطفال المصابين بالأمراض السيكوسوماتية - رسالة ماجستير بقسم علم النفس - كلية الآداب جامعة عين شمس ١٩٩٢.

٢ - جبالي نور الدين - علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية دراسة مقارنة لحالات القرحة المعدية وحالات السكري - رسالة ماجستير بقسم علم النفس بآداب عين شمس تحت إشراف محمود أبو النيل - ١٩٨٩.

٣ - حسن مصطفى عبدالمعطي - دراسة العوامل النفسية المرتبطة ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين - رسالة دكتوراه قدمت لقسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة الزقازيق ١٩٨٤.

٤ - حسن مصطفى عبدالمعطي - الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين - مجلة علم النفس - الهيئة المصرية العامة للكتاب - العدد التاسع - يناير ١٩٨٩ ص ٢٩.

٥ - غادة سليمان العتيبي - علاقة الأعراض السيكوسوماتية بالتوافق الدراسي لدى الطلاب المراهقين، رسالة ماجستير قدمت لقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة عين شمس تحت إشراف محمود أبو النيل ١٩٨٩.

٦ - كمال عبدالمحسن البنا - التوافق النفسي للمديرين دراسة عن العلاقة بين النمط الإداري وبين نوع الاضطرابات السيكوسوماتية في الصناعة

ـ رسالة دكتوراه قدمت لقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة عين شمس تحت إشراف محمود أبو النيل ١٩٨٧ .

٧ ـ كاميليا علي وأحمد عبد الخالق وآخرين ـ العصابية والانبساط والنضج الاجتماعي لدى مرضى الربو الشعبي، في: أحمد عبد الخالق ـ إشراف ـ بحوث في السلوك والشخصية ـ المجلد الأول ـ القاهرة ـ ١٩٨١ .

٨ ـ ليلى مصطفى فرغلي ـ الروح المعنوية للعمال الصناعيين وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية ـ رسالة ماجستير قدمت بكلية البنات الإسلامية جامعة الأزهر تحت إشراف السيد محمد خيري، ومحمود أبو النيل ـ ١٩٧٥ .

٩ ـ لطفي محمد فطيم ـ العلاقة بين نمط الشخصية والأمراض السيكوسوماتية ـ رسالة دكتوراه قدمت لقسم علم النفس بكلية البنات جامعة عين شمس ١٩٧٩ .

١٠ ـ منى حسين أبو طيرة ـ علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية والتنشئة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة ـ رسالة دكتوراه قدمت لقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة عين شمس تحت إشراف محمود أبو النيل ـ ١٩٨٩ .

١١ ـ مصطفى زيور ـ فصول في الطب السيكوسوماتي (٣) ربو الشعب الرئوية ـ مجلة علم النفس ـ المجلد ٥ ـ العدد ٣ فبراير مايو ١٩٥٠ صفحة ٣٣٧ .

١٢ ـ محمود أبو النيل ـ علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة (من المجلد الأول) ـ رسالة دكتوراه قدمت لقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة عين شمس تحت إشراف السيد محمد خيري ١٩٧٢ .

١٣ ـ محمود أبو النيل ـ العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية في الصناعة والصفحة النفسية للذكاء ـ في كتاب الأمراض السيكوسوماتية: في

الصحة النفسية (المجلد الثاني لمحمود أبو النيل ـ دار النهضة العربية للطباعة والنشر ـ بيروت ـ ١٩٩٣.

١٤ ـ محمود أبو النيل ـ العوامل النفسية في أمراض الجهاز التنفسي: دراسة عن العلاقة بين الربو الشعبي والتوافق في العمل لدى جماعة صغيرة من العمال الصناعيين (نفس المرجع السابق في ١٣).

١٥ ـ محمود أبو النيل ـ دراسة عن العوامل النفسية المرتبطة بالأمراض الجلدية وجوانبها الإرشادية والتربوية (نفس المرجع السابق في ١٣).

١٦ ـ محمود أبو النيل ـ العوامل الانفعالية والسيكوسوماتية المتعلقة بالتوافق المهني للعمال غير المنتجين في الصناعة (نفس المرجع السابق في ١٣).

١٧ ـ محمود أبو النيل ـ علاقة نوع الصناعة بالاضطرابات السيكوسوماتية في ضوء الاستجابة على قائمة كورنل (نفس المرجع السابق في ١٣).

١٨ ـ محمود أبو النيل ـ العلاقة بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي للطالب الجامعي والنواحي الانفعالية والسيكوسوماتية (نفس المرجع السابق في ١٣).

١٩ ـ محمود أبو النيل ـ العوامل النفسية في أمراض الصداع النصفي (نفس المرجع السابق في ١٣).

٢٠ ـ محمود أبو النيل ـ العوامل النفسية في أمراض الجهاز البولي والتناسلي والوظيفة الجنسية دراسة مقارنة في محكات الكفاية الإنتاجية مع مرضى أجهزة الجسم الأخرى في المجال الصناعي (نفس المرجع السابق رقم ١٣).

٢١ ـ محمود أبو النيل ـ العوامل النفسية في مرضى البول السكري: دراسة مقارنة في محكات الكفاية الإنتاجية مع مرضى أجهزة الجسم الأخرى في المجال الصناعي (نفس المرجع السابق ١٣).

٢٢ ـ محمود أبو النيل ـ التحديث والاضطرابات السيكوسوماتية. (نفس المرجع السابق رقم ١٣).

٢٣ ـ محمود أبو النيل ـ الإسهامات المصرية في دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية من عام ١٩٤٨ حتى الآن (نفس المرجع السابق في رقم ١٣).
٢٤ ـ محمد أحمد عالي ورجاء أبو علام ـ القلق وأمراض الجسم ـ مكتبة الفلاح ـ الكويت ١٩٧٧).
٢٥ ـ مايسة محمد عبد الحميد شكري ـ السمات الشخصية والانفعالية لدى بعض فئات مرضى السرطان في الريف والحضر ـ رسالة دكتوراه قدمت لقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة الإسكندرية، تحت إشراف عباس محمود عوض ١٩٨٨.
٢٦ ـ وفاء قاسم محمد ـ دراسة نفسية اجتماعية لمرضى الربو الشعبي لدى الذكور من الأطفال ـ مجلة علم النفس ـ الهيئة المصرية العامة للكتاب ـ العدد الأول ـ يناير ١٩٨٤ ـ ص ٩٢.

فهرس المجلد الثاني

الأمراض السيكوسوماتية الدراسات والبحوث

الباب السابع

(١) الدراسة الأولى

العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية في الصناعة والصفحة النفسية للذكاء

١٩ ـ الفصل التاسع عشر

٢٠ ـ الفصل العشرون

٢١ ـ الفصل الحادي والعشرون

الباب الثامن

(٢) الدراسة الثانية

العوامل النفسية في أمراض الجهاز التنفسي

دراسة عن العلاقة بين الربو الشعبي والتوافق في العمل

لدى جماعة صغيرة من العمال الصناعيين

٢٢ ـ الفصل الثاني والعشرون

٢٣ ـ الفصل الثالث والعشرون

٢٤ ـ الفصل الرابع والعشرون

الفصل الخامس والعشرون

٢٦ ـ الفصل السادس والعشرون

الباب التاسع

(٣) الدراسة الثالثة

دراسة عن العوامل النفسية المرتبطة بالأمراض الجلدية وجوانبها الإرشادية والتربوية

٢٧ ـ الفصل السابع والعشرون

٢٨ ـ الفصل الثامن والعشرون

الباب العاشر

(٤) الدراسة الرابعة

العوامل الانفعالية والسيكوسوماتية المتعلقة بالتوافق المهني للعمال غير المنتجين في الصناعة

٢٩ ـ الفصل التاسع والعشرون

٣٠ ـ الفصل الثلاثون

الباب الحادي عشر

(٥) الدراسة الخامسة

علاقة نوع الصناعة بالاضطرابات السيكوسوماتية في ضوء الاستجابة على قائمة كورنل

٣١ ـ الفصل الحادي والثلاثون

٣٢ ـ الفصل الثاني والثلاثون

الباب الثاني عشر

(٦) الدراسة السادسة

العلاقة بين المستوى الاقتصادي للطالب الجامعي والنواحي الانفعالية والسيكوسوماتية

٣٣ ـ الثالث والثلاثون

٣٤ ـ الفصل الرابع والثلاثون

الباب الثالث عشر

(٧) الدراسة السابعة

العوامل النفسية في أمراض الصداع النصفي

٣٥ ـ الفصل الخامس والثلاثون

الباب الرابع عشر

(٨) الدراسة الثامنة

الباب الخامس عشر

(٩) الدراسة التاسعة

الباب السادس عشر

(١٠) الدراسة العاشرة

التحديث والاضطرابات السيكوسوماتية